Eina kartą per mėnesį

1939 m.

XX METAI

Nr. 9

Rugsėjo mėn.

Nr. 9

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius D-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS

SOMMAIRE

Gerbiam. „MEDICINOS" ėmėjai!

„Medicinos" žurnalo Redakcija - Administracija, turėdama galvoje sunkią dabartinę šito žurnalo finansinę padėtį, būtent, didelį **deficitą**, nes siekiantį šiuo metu **5.663 lt. 14 c.** (žiūr. „Medicinos" balansą 9 num. 769 psl.) yra verste verčiama greibtis griežtų priemonių „Medicinos" žurnalo finansinei padėčiai pagerinti, kad šitas žurnalas del lėšų stokos nepaliautų ėjęs.

Tam reikalui su šiuo „Medicinos" 9 numeriu visiems ėmėjams, kurie iki šiol nėra sumokėję šių metų prenumeratpinigių arba dar tebėra skolingi už senesnius laikus, siunčiami specialūs paraginimai sumokėti „Medicinos" Redakcijai - Administracijai kalbamus prenumeratpinigius **ne vėliau kaip ligi šių 1939 metų gruodžio mėn 1 d.**

„Medicinos" ėmėjai, nesumokėję ligi šito galutinio termino 1939 m. prenumeratpinigių, šitam terminui suėjus turės savo pašte išsipirkti 1939 m. sumokėtinos prenumeratos kvitus.

Sumokėjusių pakvitavimai bus skelbiami artimesniuose „Medicinos" numeriuose.

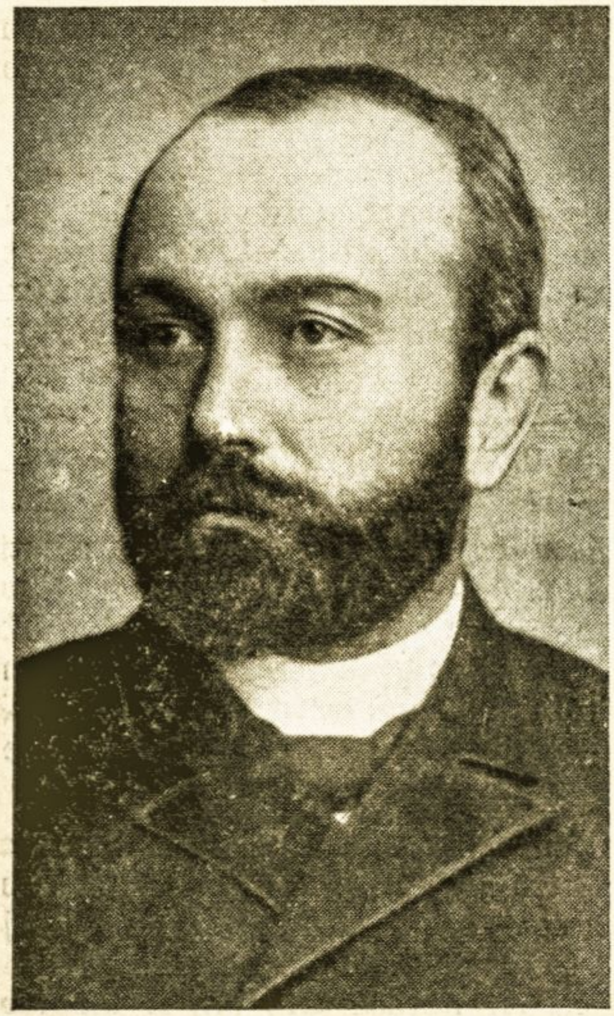
„Medicinos" žurnalo Redakcija - Administracija turi vilties, kad Gerbiam. „Medicinos" ėmėjai, supratę gresiantį Medicinos žurnalui pavojų, pasistengs kuo greičiausiai sumokėti 1939 m. prenumeratpinigius.

„Medicinos" Redakcija-Administracija

MEDICINA

Žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XX met.	1939 m. rugsėjo mėn.	Nr. 9



D-RAS JUOZAS RŪGYS
(Mirė 1919 m. IX. 16 d.)

Prof. Pr. Dovydaitis.

D-ras Juozas Rūgys

JO MIRTIES 20-METINIŲ PROGA
(1919 m. IX. 16 d. — 1939)

Prieš 20 metų Švėkšnoje mirė vietos gydytojas Juozas Rūgys, dirbęs čia beveik ištisus 30 metų (1885—1919), nes tik didžiajame kare buvo išsievakuavęs į Rusiją (1914—1918).

Stambaus ūkininko Jacento (Hiacinto) ir Elzbietos Rūgių vyriausias sūnus, kilęs iš Suvalkijos, Juozas Rūgys gimė 1858. V. 23 d. Rūgių km., Sintautų parapijoje, dabart. Šakių apskr. Gimnaziją ėjo Marijampolėje, iki 6 kl. drauge su Vincu Kudirka, su kuriuo ir paskiau juodu buvo geri draugai. Baigęs gimnaziją 1880 m., stojo į Maskvos un-to medicinos fakultetą, kurį baigė 1885 m. Studijuodamas jau buvo įsisąmoninęs lietuvis ir buvo Maskvos Liet. Studentų Draugijos sąmoningas narys. Del to baigęs mokslą įsigyveno Lietuvoje, viename labiausiai apleistų Žemaičių kampelių — Švėkšnoje. Darbo pradžia jaunam gydytojui čia buvo labai sunki. Savo giminėms jis kartą prasitarė: „Švėkšna man atrodo lyg pekla ant žemės". Bet ilgainiui visas kliūtis nugalėjo ir įsigijo vietos žmonių didelės meilės ir pasitikėjimo.

Šalia vaisingo profesinio darbo gyd. Rūgys čia pasireiškė dar ir kaip visokeriopas visuomenės veikėjas bei tautinės lietuvių sąmonės kėlėjas. Jis plunksna ir pinigais remdavo draudžiamąją spaudą, organizuodavo jos gabenimą ir platinimą, padėdavo pereiti sieną politiniams lietuvių veikėjams. Liko neištremtas tik dėl to, kad turėjo užtarėjų įtakinguose aukštuose caro rūmų valdininkuose, kurie turėjo dvarus Švėkšnos apylinkėse ir su kuriais gyd. Rūgys mokėdavo gerai sugyventi, kai anie čia atostogaudavo.

Ano meto lietuvių tautiniam judėjimui remti gyd. Rūgys lėšų nesigailėdavo. Aure, dr. K. Grinius liudija, kad gyd. Rūgys, 1894 m. atsilankęs Mintaujoje pas Jablonskį varpininkų suvažiavime, visus nustebinęs savo duosnumu, paaukodamas šimtą rublių visuomenės reikalams. Ir Jablonskis sakydavo: „Kad paklos Rūgys šimtinę, tai visiems galėjo būti pavyzdžiu".

Spaudoje („Varpe", „Ūkininke", „Liet. Laikraštyje", „Vilniaus Žiniose") velionis rašė įvairiausiais klausimais, daugiausia apie žemės ūkio dalykus. Ūkininkų reikalai jam buvo labai prie širdies; del to organizuodavo ūkininkų kuopeles, steigdavo jiems skaityklėles. Ar nerašė taip pat ir mediciniškoje (rusų) spaudoje, tenka dar patyrinėti, nes buvo nuo mokslo neatsilikęs gydytojas. Buvo ypač geras diagnostikas. Patsai padarydavo ir mažesnes operacijas. Didesnėms operacijoms savo pacientus siųsdavo į Karaliaučių, su kurio profesoriais palaikydavo nuolatinį kontaktą. Be lietuvių ir rusų, dar gerai mokėjo lenkų ir vokiečių kalbas. Savo profesijos pareigas kartais pastatydavo aukščiau savo šeimos reikalų: palikęs ligonį savo šeimoje (žmoną), vykdavo suteikti pagelbą kur į tolimą kaimą. Jam ypač sekdavosi gelbėti gimdyvėms. Ir paskutinė jo pagelba, jau iš Rusijos grįžusio 1918 m., buvo šitoje srityje: išgelbėjo motinos ir dviejų kūdikių gyvybę, patsai susirgo ir nebesikėlė.

Dar viena gyd. Rūgio visuomenininko veiklos sritis. Jį randame stovint priekyje Pasitikėjimo Bendrovės „Artojas" (įst. 1911 m.), kurios tikslas buvo užkirsti kelią rusų kolonizacijai Lietuvoje, supirkinėjant nusigyvenusių dvarininkų dvarus ir juos pardavinėjant ištisus ar dalimis Lietuvos žemdirbiams, tuo tarpu kai rusų vyriausybė į tokius dvarus atkeldinėdavo rusus.

Gyd. Rūgys tikrai daug nenuilstamai veikė įvairiose srityse. Jo geležinei sveikatai palaužti bus prisidėjęs karas su evakuacija, nenormalios veikimo sąlygos Rusijoje, kame jis taip pat rūpinosi ir Lietuvos tremtinių reikalais, o dar daugiau, jam 1918 m. iš Rusijos grįžus, iš okupantų patirti nemalonumai. Tik savaitei praėjus, kai buvo grįžęs, jį ištiko smegenų kraujoplūdis, del ko buvo paralyžuotas ir mirė 1919 m. rugsėjo mėn. 16 d., dar tik pradėjęs 62-sius savo amžiaus metus.

Gydytojo Juozo Rūgio visokeriopas veikimas yra vertas atskiros monografijos. Šitų eilučių rašytojas prašo siųsti jam apie velionį atsiminimus ir visokeriopus, jo veikimą liečiančius, dokumentus. Iš jau gautų atsiminimų vieną pateikiu čia ir gerbiamiems „Medicinos" skaitytojams. Tai yra prof. dr. plkn. K. Oželio atsiminimų žiupsnelis, autentiškas specialisto žodis apie savo profesijos kolegą ir kaimyną.

Kaunas,
Savanorių prosp. 98b.

Prof. d-ras pulkn. K. Oželis.

Atsiminimų žiupsnelis apie d-rą Juozapą Rūgį.

Daktarą Juozapą Rūgį aš turėjau progos kiek arčiau matyti, rodos, 1893 metais, kada jis buvo parvežtas apžiūrėti mano sergančios sesutės, kuri, kaip dabar prisimenu, turėjo galvoviršyje votį ir kentė baisius skausmus. D-ras J. Rūgys padarė operaciją, ligonė greitai nurimo ir pradėjo taisytis. Gerai atsimenu savo tėvų džiaugsmą ir pagarbą, kurią jie reikšdavo d-rui J. Rūgiui, minėdami jo vardą. Šitas faktas giliai įstrigo mano 7 metų amžiaus smegenyse.

Perkeltas į gimnazijos II kl., vasaros metu aš buvau pakviestas į sulenkėjusią šeimą mokyti jos sūnaus, kur girdėjau kalbant tik darkyta, man nesuprantama, lenkiška kalba. Koks mano buvo džiaugsmas, kada d-ras J. Rūgys, atvykęs į tą šeimą savais reikalais, prabilo į mane artima žemaitiška tarme ir, be kita ko, mane pagyrė, kad gerai mokausi.

Nuo to laiko mudu dažniau ir dažniau susitikdavova. Tais laikais moksleivių Švėkšnos valsčiuje buvo nedaug ir d-ras Rūgys visais jais domėdavosi, rūpindavosi, visuomet būdavo jiems malonus, geras patarėjas ir duodavo pasiskaityti tuomet

draudžiamų lietuviškų raštų, slapta gabenamų iš Tilžės. Taigi, turėjau malonios progos matyti a. a. d-rą J. Rūgį, kartais, tiesa, su dideliais protarpiais, per 26 metus kaip gimnazistas, studentas ir jau gydytojas, ir galop man teko liūdna misija — teikti velioniui daktarui medicinos pagelbą ilgoje ir sunkioje jo ligoje.

D-ras J. Rūgys, išėjęs medicinos mokslus Maskvos universitete, turėjo rimtą teorišką pasiruošimą, visą gyvenimą rūpinosi ir sekė medicinos mokslo pažangą ir, ilgus metus besiversdamas laisva gydytojo praktika, įsigijo didelį praktišką patyrimą.

Jaunas gydytojas, kupinas entuziazmo ir tėvynės meilės, atvyko į Švėkšną — Žemaičių pakraštį, kur rado žmones paskendusius ne tik medžiaginiame, bet dar daugiau dvasiniame skurde. Teko kovoti su sulenkėjusiais lizdais, žemaičių vadinamais „šunbajoriais", ir klebonija, kur kunigai tarp savęs tik lenkiškai kalbėdavosi, o drauge su jais ir visi, kurie mokėjo šiek tiek vietinio lenkiško žargono. Buvo vienas iš nedaugelio prieš didįjį karą gyvenusių Lietuvoje gydytojų, kuriems tikrai rūpėjo mūsų nualinto krašto žmonių sveikata.

D-ras J. Rūgys turėjo gerą sveikatą, tvirtą valią, buvo ryžtingas ir darbštus. Savo tiesiogines gydytojo pareigas ėjo su dideliu pamėgimu, rūpestingumu ir pasišventimu. Darbo turėdavo daug ir visuomet skubėdavo, kviečiamas niekam neatsisakydavo medicinos pagelbos suteikti, būdavo visiems lygiai prieinamas, visada turėdavo kantrybės išklausyti žmonių skundus ir tik vėliau duodavo reikalingų patarimų.

D-ras J. Rūgys buvo gerai susipažinęs su gydytojo profesine etika ir savo poelgiuose griežtai jos laikydavosi. Jis viešai nekritikuodavo kitų gydytojų veiksmų, nesistengdavo rodytis geresnis už kitus, visuomet ir visur aukštai keldavo gydytojo autoritetą.

Begydydamas daugiausia kaimo gyventojus, gerai pažinojo jų gyvenimo sąlygas, tų sąlygų trūkumus ir visą gyvenimą sielojosi jų pagerinimu. Dirbdamas tiesioginį savo kaip gydytojo darbą, velionis drauge buvo ir žymus visuomenės veikėjas, kultūros nešėjas ir tautinio susipratimo žadintojas. Jis rūpindavosi ir ieškodavo priemonių žmonių skurdžiam ekonominiam stoviui pagerinti, daug prisidėdavo organizuojant vartotojų draugijas bei kooperatyvus ir steigiant labdaros organizacijas; jis buvo vienas iš dalyvių Bendrovės, kuriai rūpėjo, kad praskolintus dvarus parceliuojant žemė atitektų lietuviams ūkininkams, bet ne atėjūnams.

Taip pat velionis labai gerai suprato, kad, siekiant medžiaginės gerovės ir sveikatingumo, reikia visomis išgalėmis šviesti

žmones, kurių nedaugelis temokėjo paskaityti maldaknygę ir pasirašyti rusiškomis raidėmis savo pavardę; juk liaudies mokyklai vadovavo rusas, kuris lietuviškai nemokėjo ištarti nė žodžio. Čia jau teko atlikti didelis darbas švietimo propagandos srityje: aktyviai remdavo lietuviškų raštų gabenimą iš Tilžės ir jų platinimą žmonių tarpe; pats mėgdavo ne tik pasiskaityti, bet ir rašydavo to meto lietuviškoje spaudoje; yra parašęs daug straipsnių įvairiais aktualiais klausimais „Varpe“, „Ūkininke“, „Naujienose“ ir kt. Tautinio atgimimo idėja jam viršijo visas kitas pareigas. Velionis nepatingėdavo atlikti tolimas keliones, kad padalyvautų tuomet labai negausingų lietuvių inteligentų suvažiavimuose ir pasitartų atbundančios tautos gyvybiniais reikalais.

Laisvas valandas pašvęsdavo savo šeimai, kurią labai mylėjo. Ypatingo dėmesio kreipdavo savo vaikų mokslinimui ir auklėjimui, su dideliu džiaugsmu sakydavo, kad jo vaikams turi būti svetima vergijos dvasia. Prieš didįjį karą šeimai turėjo labai gražias gyvenimo sąlygas.

Po karo grįžusi 1918 m. iš Rusijos į Švėkšną R ū g i ų šeima rado čia dar vokiečius okupantus, kurie buvo įsigyvenę jų namuose. Tikrieji šeimininkai neturėjo teisės įkelti kojos į savus namus! Kelionės išvarginta nelaiminga šeima pagaliau gavo prieglaudą Švėkšnos parapijos klebonijos pastogėje, kur aš radau daktarą, jau sunkiai sergantį po ištiktos apopleksijos. Kaip tik buvo galima, velionis persikėlė į savus namus, kuriuos beveik kasdien aš turėjau progos lankyti ir teikti sergančiam daktarui medicinos pagelbą, iki palikau Švėkšną kviečiamas į Lietuvos kariuomenės eiles 1919. VI. 20 d.

Velionis, sunkiai sirgdamas, sąmonės prablaivėjimo momentais tuojau susirūpindavo savo šeimos materialiniu stoviu, kuris tuo metu dar buvo geras, ir norėdavo pradėti praktiką. Vienas atsitikimas mums visiems įvarė daug baimės, kada velionis slaptai išvažiavo į kaimą teikti pagelbos gimdyvei; jis išgelbėjo moters gyvybę, bet paties daktaro sveikata staiga pablogėjo . . .

D-rui J. R ū g i u i mirus, šeima pasiliko sunkioje medžiaginėje padėtyje. Kilusieji sunkumai velionies žmonai savo energijos ir sumanumo dėka pavyko pašalinti, sudaryti vaikams palankias sąlygas įsigyti mokslą ir, anot žmonių, „pastatyti juos ant kojų“.

D-ras J. R ū g y s visuomenininkas, kaip tikras karys, nevengė priešų, ryžtingai kovojo su žmonių ligomis, medžiaginiu ir dvasiniu jų skurdu. Stovėjo tvirtas ir nepalaužiamas, kaip ąžuolas audroje, kaip švyturys - kelrodis švietė migloje; visuomet jis buvo kupinas vilties, kad Lietuva susilauks laiminges-

nio rytojaus. Deja, nebuvo lemta šviesios atminties nenuilstamam veikėjui pasidžiaugtgi iškovotais laimėjimais... 1919 m. jis mirė, kai dar gaudė patrankos ir tebėjo atkaklios kovos už Lietuvos Nepriklausomybę.

Švėkšnos ir gretimų parapijų gyventojai, kurių tarpe velionis ilgus metus kovojo su ligomis ir mirtimi, visuomet minės jo vardą su didele pagarba ir meile.

Priv.-doc. med. dr. J. Meškauskas.

Laparoskopija ir jos reikšmė diagnostikai.

(V. D. U. Vidaus ligų klinika. Direktorius — prof. dr. Pr. Gudavičius).

1. Istorija.

Tobulėjant technikai tobulėja ir turtėja medicinos moksle tyrimo ir diagnostikos priemonės. 1876 m. Nitze'i atradus cistoskopą ir pasiūlius jį gyvo organizmo šlapiminės pūslės gleivinei tirti, atsivėrė galimumai ir kitus tuštimus studijuoti.

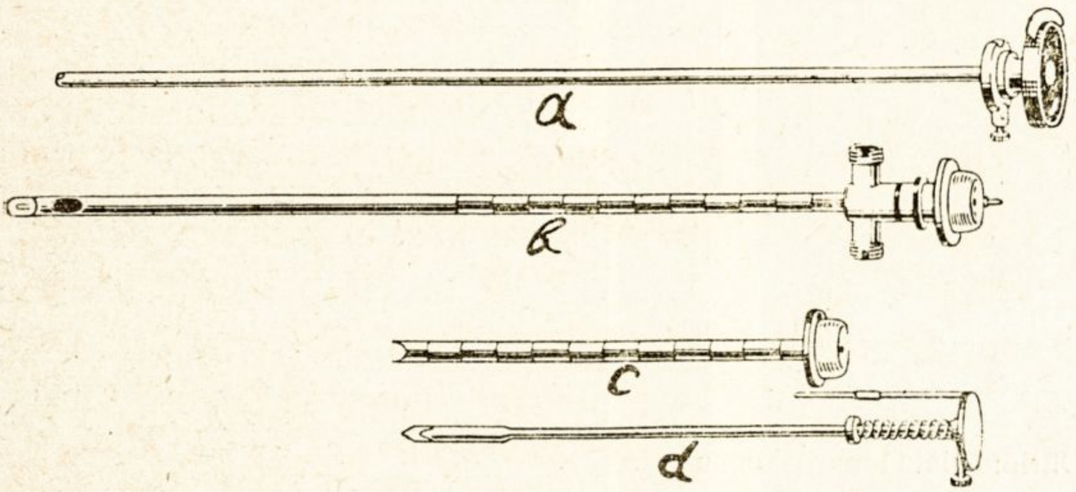
Pirmiausia buvo pradėti tirti tie tuštimai, kurie turi įvedamuosios arba išvedamuosius takus, t. y. tie, kurie nėra aklinai uždari. Tais takais, nežalojant organizmo audinių, įeinama instrumentu į tuštimą ir jis tiriamas.

Kiek vėliau pradėti tirti iš vidaus ir aklini, t. y. neturintieji įvedamųjų arba išvedamųjų takų, tuštimai ir juose esą organai. Kelling[1]) pirmasis, pripūtęs šuniui į pilvo tuštimą oro ir įvedęs cystoskopą, jį apžiūrėjo. Jis tą pilvo tuštimo ir jo organų tyrimo būdą pavadino „cölioskopia". Žmogui tą tyrimo būdą, visai nežinodamas apie Kelling'o eksperimentus su gyvuliais, pirmasis pavartojo 1910 m. švedas Jacobaeus[2]). Jis tą tyrimo metodę pavadino „laparoskopija". Tas tyrimo būdas tuo vardu ir dabar tebevadinamas. Taigi, laparoskopija yra tyrimo metodė, įgalinanti apžiūrėti pilvo tuštimą ir jo organus. Jacobaeus pirmąsias laparoskopijas darė cystoskopu. Toliau, dirbdamas tuo klausimu, jis sukonstruavo laparoskopijai specialų instrumentą — laparoskopą, kuris, su mažais pakeitimais, kai kuriose klinikose ir dabar tebevartojamas. Kurį laiką šita tyrimo metodė buvo pamiršta, nevartojama. Po karo italas Raccavilla[3]), aprašęs 6 atsitikimus, kuriems tik laparoskopijos pagelba pavyko nustatyti tikra diagnozė, atkreipė vėl dėmesį į laparoskopijos reikšmę diagnostikai. Vėliau šitą tyrimo metodę tobulino Steiner[4]), Zollikofer[5]), Kalk[6]) ir kiti.

2. Technika.

Iš pradžių laparoskopijai buvo vartojamas cistoskopas. K a l k[7]), prieš sukonstruodamas savo laparoskopą, taip pat laparoskopijas darė cistokopu. F e v e r s[8]) net ir dabar, dėliai laparoskopo brangumo, tenkinasi ir pataria vartoti cistoskopą.

Dabar yra dviejų rūšių laparoskopai: 1) J a c o b a e u s'o laparoskopas, G. Wolff'o firmos Berlyne, ir 2) K a l k'o laparoskopas, C. G. Heynemann'o firmos Leipcige. Pagrindinės laparoskopo dalys yra šios: troakaras, vamzdelis ir optinė dalis, arba tiesiog, optika. J a c o b a e u s'o laparoskopas yra plonesnis, mažiau žaloja audinius, bet taip pat mažiau šviesos įleidžia ir del to sunkiau orientuotis. Jo troakaro viršūnė turi tris kampus, vamzdelis turi automatinę diafragmą, kuri troakarą ištraukus automatiškai užsidaro ir neišleidžia oro iš pilvo tuštimo. Šitas laparoskopas turi dvi optines dalis: vienu optiniu vamzdeliu matomas vaizdas tiesiog iš galo, o antru iš šono. K a l k'o laparoskopas yra storesnis, vamzdelis turi 7,3 mm.



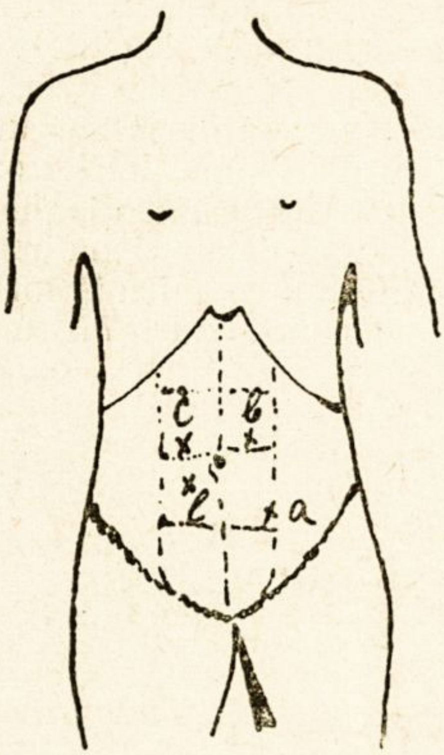
1 a t v.
Kalk'o laparoskopas.

diametro, *d* troakaras turi du aštrius kampus (žiūr. 1 atvaizdą). Kalk'o laparoskopas turi atskirą lemputei *b* vamzdelį, į kurį įkišamas optikos *a* vamzdelis arba darant elektrokaustiką ištraukiamas optikos vamzdelis, paliekama lemputė ir įeinama su specialiu kaustikos instrumentu. Yra dar pagelbinių instrumentų, kuriuos suminėsiu vėliau.

Prieš laparoskopuojant ligoniui dvi dienas duodamas lengvesnis maistas ir reguliuojami viduriai, kad nebūtų užkietėjimo. Meteorizmui pašalinti iš vakaro duodama ligoniui carbo medicinalis ar magnesium superoxydatum. Laparoskopijos dieną prieš laparoskopuojamas ligonis nieko nevalgo ir taip pat negeria. Ligonis turi nusišlapinti, kad šlapiminė pūslė būtų tuščia. Jei laparoskopuojant norima tirti žarnų, skrandžio ar tul-

žies pūslės peristaltika, tai prieš laparoskopuojant neduodama narkotikų. Jei laparoskopuojant neturima tikslo sekti judėjimai ir peristaltika, tai tuomet geriau įšvirkšti ligoniui po oda morfio ir atropino, kurie sumažina skausmus, refleksus ir ligonis laparoskopijos metu lengviau jaučiasi.

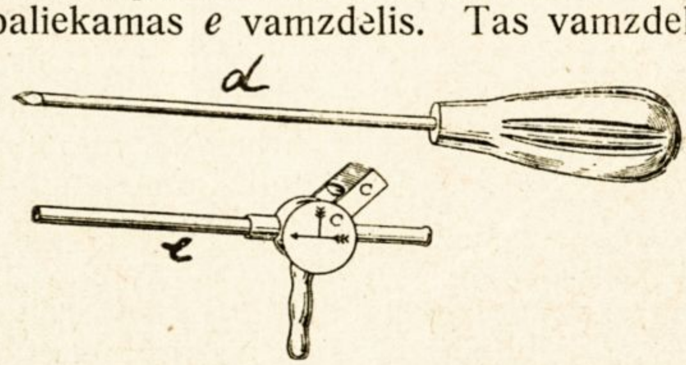
Ligonis guldomas ant tiriamojo ar operuojamojo stalo. Paprasto stalo neužtenka, nes laparoskopuojant dažnai tenka keisti kūno padėtis ir todėl stalas turi būti įvairiomis kryptimis judamas. Ligonio rankos ir kojos yra pririšamos.



2 atv.
Dūrimo vieta laparoskopuojant.

Laparoskopijos procesas galima suskirstyti į du momentus: 1) į pilvo tuštimą oro pripūtimas, ir 2) pati laparoskopija, t. y. pilvo tuštimo ir jo organų apžiūrėjimas. Visoje laparoskopijos eigoje reikalinga išlaikyti visiška aseptika, todėl laparoskopuoti ruošiamasi taip, kaip ir operuoti. Visi instrumentai, išskiriant lemputę ir optiką, sterilizuojami virinant. Lemputė ir optika sterilizuojami taip, kaip ir cistoskopas, formalinu.

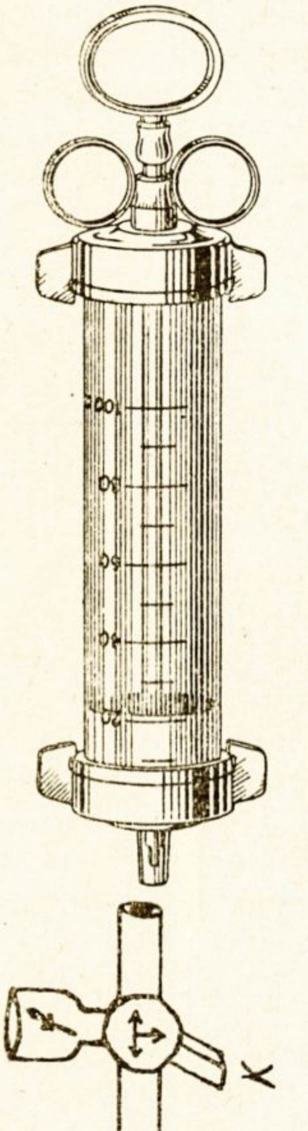
Ligoniui kairėje pusėje (analogiškai Mac-Burney'o taškui dešinėje pusėje) *a* taške (žiūr. 2-ą atvaizdą) oda dezinfekuojama jodu, anestezuojama novokaino (¼—½ %) skiediniu oda, poodinis audinys, raumenys ir peritoneum. Pneumotorakso adata arba specialiu troakaru (žiūr. 3 atv.) praduriami pilvo sienelės sluoksniai ir įeinama į peritoneum'o tuštimą. Pradūrus peritoneum'ą, *d* troakaras ištraukiamas ir audiniuose paliekamas *e* vamzdelis. Tas vamzdelis sujungia-



3 atv.
Specialus troakaras laparoskopijai.

mas gumine žarnele su pneumatorakso aparatu arba su specialia švirkšto dalimi (žiūr. 4 atv.), kuri yra sujungta su 100 gr. švirkštu.

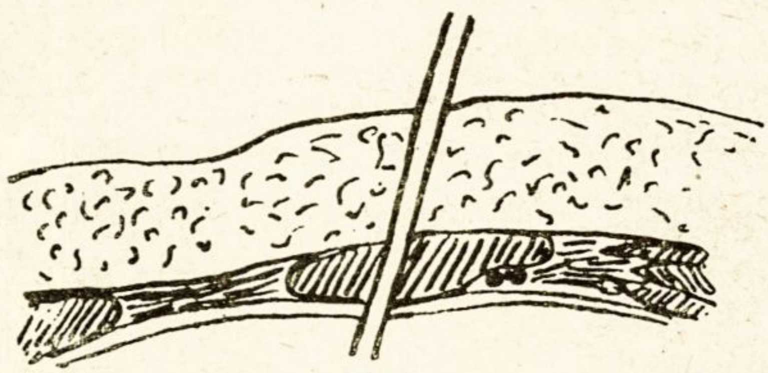
G ir *k* mygtukais galima keisti oro arba skysčio (jei yra ascitas) eigos kryptis. Į *f* taurelę įdedamas gabaliukas sterilios marlės, kuri filtruoja orą. Taip šituo švirkštu arba pneumotorakso aparatu pripučiama į pilvo tuštimą oro. Jei yra ascitas, tai prieš pučiant orą ascitinis skystis išleistinas arba švirkštu ištrauktinas. Oro į pilvo tuštimą pučiama 2—3 litrai. Jei prieš tai yra nuleista ascitinio skysčio, tai tuomet ligonio pilvo sienelė jau yra ištempta, diafragma pripratusi prie pakeltos padėties ir todėl nuleidus ascitą galima pripūsti oro net iki 5 ar daugiau litrų. Kalk[9]) sako, kad reikią pūsti tiek oro, iki ligonis pajunta geroką spaudimą.



4 atv.

Pripūtus pilvo tuštimą oro, ruošiamasi įvesti pats laparoskopas. Bambos sritis gana plačiai sutepama jodu. Toliau tenka pasirinkti laparoskopui įvesti vieta. Ji pareina nuo to, kurį mes organą svarbiausiai rengiamės tirti. Būdinga laparoskopijai vieta yra 2—3 cm. aukščiau bambos ir 2—3 cm. nuo linea mediana į kairę (žiūr. 2 atv. *b* tašką). Jei toje vietoje apčiuopiamas navikas, tikimasi arba ir konstatuojami suaugimai ar del kurių nors kitų kliūčių negalima eiti su laparoskopu, tuomet pasirenkama analogiška vieta dešinėje pusėje nuo linea mediana, *c* taške. Jei yra gerokai didelės kepenys, didelė tulžies pūslė, navikas etc., tuomet dar galima eiti su laparoskopu 2—4 cm. žemiau bambos ir 2—3 cm. į dešinę nuo medialinės linijos (žiūr. 2 atv. *l* tašką). Pasirinktoji laparoskopui įvesti vieta anestezuojama taip pat novokaino skiediniu. Anestezuojami visi pilvo sienelės sluoksniai ir, adata pradūrus peritoneum'ą, mėginama švirkštu traukti oras. Oras nesitrauks, jei mes būsime nepradūrę peritoneum'o arba adata bus patekusi į suaugimus. Anestezavus odą, lancetu padaromas 1 cm. ilgio pjūvis, nes oda, nepadarius pjūvio troakaru gana sunku pradurti ir spaudimas ligoniui yra nemalonus. Ligonis apklojamas steriliomis paklodėmis, pats laparoskopuotojas ir jo asistentas apsivelka steriliais chalatais, užsimauna sterilias pirštines. Paimamas į vamzdelį įmautas troakaras. Reikalinga paimti troakaras tarp antrojo ir trečiojo pirštų (taip, kaip rūkomas papirosas) ir nykštys užde-

damas ant troakaro galvutės. Troakaro viršūnė įstatoma į adatoje padarytą pjūvį, lengvai paspaudžiama ir, pajutus, kad peritoneum'as jau pradurtas, nykštys momentaliai atleidžiamas. Spiralė, kuri yra ant troakaro, tuo momentu pakelia troakarą ir jo aštrusis galas įtraukiamas į vamzdelį. Duriant troakaru pilvo sienelę, yra pavojaus sužeisti epigastrinės kraujagyslės. Todėl reikalinga durti kiek į vidų nuo lateralinio m. rectus abdominis krašto (žiūr. 5 pieš.), ir



5 atv.

durti ne visai stačiai, bet truputį nuožulniai. Pradūrus pilvo sienelę, troakaras iš vamzdelio ištraukiamas, į pilvo sienelėje esantį vamzdelį įvedamas vamzdelis su lempute, optika, sujungiama su batarėja ir pantostatu ir pradedama tirti. Pabaigus ligonio tyrimą, optika ištraukiama, išleidžiamas pro vamzdelį iš pilvo tuštimo oras, ištraukiamas vamzdelis ir uždedama capkutė, arba ketguto siūlė. Ligonis po laparoskopijos turi vieną dieną ramiai pagulėti.

3. Laparoskopijos pavojai ir komplikacijos.

Nemalonus yra reiškinys, kai laparoskopuojant sužeidžiamos epigastrinės kraujagyslės. To sužeidimo išvengiama, kaip jau buvo minėta, pasirinkus tinkamą dūrimui vietą.

Toliau seka pilvo tuštimo organų sužeidimas. Daug sunkiau yra laparoskopuoti ligonis, neturįs ascito. Jacobaeus pats laparoskopuodavo ir patarė laparoskopuoti ligonius, tik turinčius ascitą. Svarbu yra pripratinti ranka akylai ir lengvai, nevartojant brutalios jėgos, pradurti troakaru pilvo sienelę ir nesužeisti skrandžio, žarnų ar kitų pilvo tuštimo organų. Jacobaeus darė bandymus su lavonais ir gavo blogų rezultatų — dažnai pradurdavęs žarnas. Tatai pradedančio laparoskopuoti neturi gąsdinti, nes lavono žarnos yra mažiau elastingos ir greičiau praduriamos. Bet vis tik patartina iš pradžių pripratinti ranka su lavonais.

Kalk pataria iš pradžių laparoskopuoti ligonius, tik turinčius ascitą, nes ascitą nuleidus galima pripūsti daugiau oro,

pilvo sienelė didesniu atstumu atstumiama nuo pilvo tuštimo organų ir jie sužeisti pavojaus yra daug mažiau, arba, atsargiai dirbant, visai jo nėra. Laparoskopuojant ligonį, neturintį ascito, reikalingas didesnis atsargumas. Sunkumų gali sudaryti esą pilvo tuštime suaugimai. Todėl, laparoskopuojant ligonį, neturintį ascito, reikalinga kiek galima daugiau pripūsti oro (kiek ligonio stovis leidžia) ir akylai apžiūrėti pilvo konfiguraciją, ar yra kurių nors įdubimų ir ar vienodai pilvo tuštime pasiskirstęs oras. Toliau akylai, lengvai perkutuojant, išperkutuojamas visas pilvas. Suaugimų vietoje perkusijos garsas kiek trumpesnis ir dėliai tempimo ligonis jaučia lokalizuotus skausmus.

Laparoskopija labai sunku arba beveik negalima padaryti po operacijų, nes dažnai būna daug pooperacinių suaugimų. Sauso tuberkuliozinio peritonito atveju, taip pat labai lengvai žarnos, omentum sulimpa su parietaliniu peritoneum'o lapeliu ir gaunami suaugimai. Todėl praktiškai ligoniai po laparotomijų ir turintieji sausą, be ascito, tuberkuliozinį peritonitą nelaparoskopuojami. Kalk yra padaręs daugiau kaip 400 laparoskopijų ir tik vieną sykį pradūręs colon transversum, nes del anksčiau buvusio tuberkuliozinio peritonito colon buvo priaugęs prie pilvo sienelės. Buvo padaryta laparotomija, žarna užsiūta ir ligonis pasveikęs.

Teoriškai yra galima oro embolija, taip kaip ir po pneumotorakso. Bet tokios komplikacijos labai retos. Po laparoskopijos ar jos metu gali laparoskopijos vietoje pasidaryti audiniuose emfizema, bet tat nepavojinga, po keleto dienų emfizema pranyksta.

Taip pat galima prileisti, kad su oru įpučiama į pilvo tuštimą bakterijų, kokų ir galima laukti peritonito komplikacijos. Pasiteiravęs šituo klausimu pas prof. Kalk'ą, gavau šį atsakymą: „Teoriškai, Berlyno oro pripūtus į pilvo tuštimą, peritonito komplikacijos galima laukti, tačiau praktiškai jo nebūna". Gali išsivystyti po laparoskopijos peritonitas, jei bus dirbama ne aseptiškai ir ne steriliais instrumentais. Todėl laparoskopija, kaip tyrimo metodė yra vartotina tik ligoninėse, jokiu būdu ne privačiame gydytojo kabinete.

Pati laparoskopija, jei gerai anestezuota, yra visai neskausminga. Kalk'o dvišoniu aštriu troakaru lengvai be didelio spaudimo praduriama pilvo sienelė ir spyruoklei veikiant momentiškas troakaro atitraukimas į vamzdelį sumažina galimumus pradurti arba sužeisti pilvo tuštimo organus.

4. Indikacijos.

Laparoskopijos indikacijos pareina nuo to, ką mes laparoskopu galime matyti. Fevers sako, kad laparoskopuojant matoma tiek, kiek patologas anatomas mato atidaręs pilvo

tuštimą akimi, nenaudodamas palpacijos ir nevartydamas organų. Reika pasakyti, kad matoma daugiau, nes, į pilvo tuštimą pripūtus oro, organai vienas nuo kito daugiau atskiriami. Matymo laukas praplečiamas dar keičiant ligonio padėtį. Pavertus ligonį daugiau į vieną šoną, organai kiek nuslenka, pakeičia padėtį ir kurio nors organo anksčiau nematoma dalis gali pasidaryti matoma. Tyrimo laukas galima dar praplėsti vartojant kartu palpaciją. Kairiąja ranka atitinkamai palpuojamas ligonio pilvas, o dešiniąja ranka atitinkamai manipuliuojama laparoskopu. Panaudojus visas tas priemones, galima gana gerai apžiūrėti pilvo tuštimas ir jo organai.

Tiriant pilvo tuštimą pasirenkamas pastovus orientacinis punktas, geriausia, pryšakinis kepenų kraštas. Laparoskopuojant matomi šie organai: 1) kepenys, 2) tulžies pūslė, 3) skrandžio pryšakinė sienelė ir curvatura major, 4) ileocekalinė sritis, 5) colon ascendens, 6) flexura hepatica, 7) dalis colon transversum, 8) colon descendens ir sigma, 9) dubens organai, ypač moters genitalia, 10) peritoneum ir 11) padidėjusi blužnis. Normali blužnis retai matoma. Įpūstas oras pakelia pilvo sienelę ir truputį diafragmą, todėl kepenų pryšakinis ir viršutinis paviršiai yra gana gerai matomi. Tulžies pūslė matoma tuomet, kai ji išeina iš po kepenų krašto. Jei kepenys yra aukštai, tai gali būti matoma curvatura minor ventriculi ir cardia. Laibąsias žarnas pridengia omentum. Retroperitoninių organų, k. a., inkstų, kasos, laparoskopuojant nematoma.

Laparoskopijai yra šios **indikacijos:**

1) Pirma vieta tenka k e p e n ų s u s i r g i m a m s. Paskutiniu laiku kepenų susirgimų diagnozė smarkiai pažengė pirmyn. Ypatingai išvystytas kliniškai chemiškas tyrimas. Tiriama medžiagų apykaita ir iš jų tyrimo rezultatų daromos išvados apie kepenų stovį. Tačiau H e n n i n g ir M a n c k e[10]) sako, kad medžiagų apykaitos tyrimas ne visada klinicistus patenkina. Pvz., esant ascitui sutrinka rezorbcijos procesas, o šitam sutrikus taip pat sutrinka ir medžiagų apykaita. Tokiais atvejais dažnai lieka neaišku, ar čia yra kepenų cirozė ar metastazės kepenyse. Lėtai besivystanti k e p e n ų c i r o z ė kepenų funkciją tiriant gali neduoti jokių patologiškų reiškinių, nes regeneracijos proceso pačiose kepenyse arba kitų organų kompensaciniu veikimu medžiagų apykaitos sutrikimas gali būti išlygintas. Todėl kepenų susirgimai dažnai konstatuojami tik tuomet, kai jau yra gelta ar ascitas. Patologai anatomai dažnai randa kepenų cirozę, kaip šalutinį, klinicistų nepastebėtą ir nediagnozuotą, radinį. Diagnozuoti kepenų susirgimas tik tuomet, kai jau yra gelta ar ascitas, sako B e r g m a n n[11]), esą perdaug grubu ir neteisinga, nes be abe-

jo kepenys yra buvusios daug anksčiau nesveikos. M o r a w i t z ir M a n c k e[12]) sako, kad kepenų cirozė esanti daug dažnesnė, negu kad mes kliniškai randame. M a y o klinikoje 1924—1929 m. buvo rasti 399 kepenų cirozės atsitikimai. ⅓ visų atsitikimų diagnozė buvo nustatyta tik operuojant ir tik 8-iais atsitikimais buvo kiek padidėjusi blužnis. Tat rodo diagnostinius sunkumus ir ligos dažnumą. Cholecystopatijos ir skrandžio susirgimai kepenų cirozei išplisti turi didelės reikšmės. Besiprasidedančios kepenų cirozės simptomai labai nežymūs: dispepsiniai nusiskundimai, apetito stoka, spaudimo jausmas skrandžio plote, nereguliari defekacija, meteorismus, gelsva ligonio spalva, kiek išsiplėtusios veido kapiliarinės venos, plaukų išretėjimas pažastyse ir genitalijose, hipo- arba anaciditas, leukopenija su reliatyvia lymfocitoze. Del tokių nebūdingų, nežymių ir dažnai sunkiai pastebimų simptomų ligoniai, turį prasidedančią kepenų cirozę, dažnai pereina per gydytojo rankas su skrandžio ir žarnų susirgimų diagnoze. Kliniškai ligonį tiriant galima rasti padidėjęs urobilinogeno kiekio išskyrimas, bet gali būti urobilinogeno kiekis šlapimuose ir nepadidėjęs. Padidėjęs bilirubino kiekis kraujyje yra nepastovus ir netikras simptomas ankstyvai kepenų cirozės diagnozei. Daugeliui atvejų urobilinogeno kiekio padidėjimas šlapimuose dažniau randamas esant cirozei negu serume bilirubino. Tarp bilirubino kiekio kraujyje ir urobilinogeno šlapimuose ankštaus ryšio nėra. S a h l i yra pasiūlęs kepenų funkcijos tyrimą. Tačiau reikia pasakyti, kad tiesioginės kepenų funkcijos tyrimo nėra. Yra keletas dalinių kepenų funkcijos tyrimų, kurių rezultatus susumavus galima turėti šiokis tokis vaizdas apie kepenų funkciją. Tuose tyrimuose paprastai dalyvauja ne vien kepenys, bet daugelis kitų organų, todėl ir tyrimų rezultatas nėra grynai kepenų funkcijos rezultatas, bet kartu ir daugelio kitų organų.

Yra pasiūlytas gliukozės mėginys: duodama ligoniui ant tuščios 50 gr. gliukozės skiedinyje ir tiriama cukraus kreivė kraujyje. Šitame tyrime, be abejo, dalyvauja ir rezultatus daug nulemia pancreas su visa sinergetine ir antagonistine sistema. Taip pat yra pasiūlyta ir daroma baltimų mėginys, bilirubino įšvirkštimas į veną ir jo tyrimas po 3 val. kraujyje ir t. t. Visi šitie tyrimai kepenų cirozės diagnozei turi reikšmės, bet ne sprendžiamos, nes jie nėra specifiški ir, antra, esant susirgimui jie gali būti neigiami.

Dažnai tenka ieškoti kitų, šalutinių arba geriau antrinių, pakitimų, kuriais remiantis galima būtų nustatyti diagnozė. Iš tokių antrinių anatominių pakitimų yra stemplės venų išsiplėtimas. Bet ligos pradžioje stemplės venų išsitempimas yra nežymus ir ne visada rentgenu galima matyti, nes reikalinga ypatingai geros rentgeno technikos. Oesophagoscopia kepenų

diagnozei nedaug ką arba ir visai nieko neduoda, nes ezofagoskopuojant venų išsiplėtimas sunku matyti.

Paskutinių laikų tyrimai ir gydymas rodo, kad, anksti nustačius kepenų cirozės diagnozę ir pritaikius tinkamą gydymą, ypatingai profilaktiką, prognozė nėra taip bloga, kaip anksčiau kad buvo manoma. Bergmann savo paskaitose ypatingai pabrėžia ankstyvos kepenų cirozės diagnozės ir profilaktikos reikšmę. Jis sako, kad, anksti diagnozavus kepenų cirozę ir pritaikius gydymą ir profilaktiką, žmogus gali gyventi ilgus metus ir cirozės procesas neprogresuoja.

Tos diagnostinės metodės, kuriomis galima nustatyti ankstyva kepenų cirozės diagnozė, yra klinicistui ypatingai svarbios. Laparoskopuojant mes matome tiesiog sergantį organą ir jo anatominius pakitimus. Esant arba vystantis cirozei kepenų paviršius būna nelygus, gruoblėtas. Henning ir Mancke aprašo keletą atsitikimų, kur, kliniškai tiriant ir padarius visus mėginius, tikra diagnozė nebuvo galima nustatyti ir tik laparoskopuojant buvo rasta kepenų cirozė. Aš mačiau Berlyne Horst Wessel'io ligoninėje prof. Kalk'o vedamame vidaus ligų skyriuje du ligoniu, kuriems visomis žinomomis kliniško tyrimo metodėmis nebuvo galima nustatyti tikros diagnozės. Laparoskopuojant vienam buvo rasta ca hepatis, o antram prasidedanti kepenų cirozė: kairiojoje kepenų skiltyje nelabai dideliame plote gruoblėtumas, o dešiniojoje kepenų skiltyje kepenų paviršius visai lygus. Kalk sako, kad labai dažnai laparoskopuojant galima rasti kairiojoje kepenų dalyje cirozė, o dešinioji dalis yra dar visai sveika.

Be cirozės, galima matyti ir diagnozuoti lues (hepar lobatum), augliai, ypatingai metastazės, kurias radus atkrinta laparotomijos reikalas. Esant parenchiminiam hepatitui ir ikterus'ui, taip pat atrophia hepatis acuta flava, kepenų spalva būna raudona. Mechaniškai takams užsikimšus ir ikterus'ui išsivysčius spalva būna žalsva. Žodžiu, laparoskopuojant matomi kepenų anatominiai pakitimai taip kaip ant sekcijinio stalo, tik spalva būna gyvesnė, margesnė. Kalk sako, jog laparoskopinė kontrolė rodo, kad beveik jokioje srityje tiek klaidų nepadaroma, kiek kliniškai diagnozuojant kepenų susirgimus. Todėl internistui kepenų susirgimų atveju laparoskopija yra labai svarbi diagnostikos priemonė.

2) Toliau laparoskopija yra svarbi peritoneum'o susirgimų diagnostikoje. Kartais būna sunku atskirti tuberkuliozinis peritoneum'o susirgimas nuo kitų pilvo tuštimo organų susirgimo. Tais atvejais išsprendžia klausimą laparoskopija, nes peritoneum labai gražiai galima apžiūrėti. Kalk[13]) ir Wolf[14]) aprašo po vieną atsitikimą, kur diagnostikai buvo

pavartota laparoskopija. Laparoskopuojant ir vienu ir antru atveju buvo rasta peritonitis tbc. Ligoniai po laparoskopijos pradėję žymiai gyti ir pagiję. Čia, matyti, gydomai paveikė oro pripūtimas į peritoneum'o tuštimą (analogija su laparotomija). Taigi, tokiais atvejais diagnostikos metodė veikia ir gydydama. Todėl esant tuberkulioziniam peritonitui po laparoskopijos patariama viso oro iš peritoneum'o tuštimo neišleisti, bet jo palikti.

3) Tulžies pūslės susirgimuose laparoskopija mažiau turi reikšmės, nes čia kitos tyrimo metodės, kaip antai, rentgenas, cholecystografija, duodeninis zondavimas ir t. t., dažnai galutinai išsprendžia diagnozės klausimą. Tačiau, jei kyla klausimas del tulžies pūslės vėžio, arba išvedamųjų tulžies takų užsikimšimo rūšies, tai laparoskopija gali būti indikuotina. Taip pat laparoskopija yra indikuotina, kai diagnozuojama hepatitis ir ikterus trunka nemažėdamas 5 — 7 savaites. Tokiais atvejais laparoskopija dažnai išsprendžia tolimesnio gydymo klausimą ir ypatingai chirurgiškos intervencijos reikalingumą. Esant tulžies pūslės akmenims ji gali būti nelygi, gauburiuota. Kalk ir jo bendradarbiai laparoskopuodami daro tulžies pūslės punkcijas, pripučia į tulžies pūslę oro ir daro rentgeno nuotraukas. Šitokios metodės pagelba, kur nepavyksta cholecystografija, galima diagnozuoti tulžies pūslės ir jos takų akmenys, užsikimšimai ar susiaurėjimai. Tulžies pūslės punkcija daroma duriant pro kepenų kraštą. Chirurgas Stolze[15]) sako, kad cholecystopatijose, kurios taip pat domina ir chirurgus, laparoskopija taip pat indikuotina, nes tokiais atvejais be laparoskopijos dažnai daroma laparotomija ir labai esą nemalonu, kai nieko nerandama. Padarius laparoskopiją ir nieko neradus, savaime atkrinta laparotomija.

4) Skrandžio susirgimų diagnostikai yra kitų gerų priemonių: jo funkcijos tyrimas, rentgenoskopija, gastroskopija ir t. t., ir todėl laparoskopija gali būti indikuotina tik išimtiniais atsitikimais. Būna atsitikimų, kad, pvz., navikas auga ne gleivinėje, bet serozėje ir tuomet kitos tyrimo metodės gali duoti neigiamus rezultatus. Taip pat gali būti laparoskopija indikuotina, kai yra ca ventriculi ir kyla klausimas del metastazių į kepenis ir operacijos galimumą. Laparoskopuojant ir radus metastazes kepenyse, atkrinta laparotomijos reikalas.

5) Blužnis matoma laparoskopu tik tuomet, kai ji yra padidėjusi. Todėl, esant padidėjusiai blužniai ir neaiškiam susirgimui, gali būti indikuotina laparoskopija. Padidėjusioje blužnyje galima rasti tuberkulų, metastazių. Taip pat laparoskopu kontroliuojant galima blužnis punktuoti ir patologohistologiškai nustatyti diagnozė.

6) Laparoskopija gali būti indikuotina ginekologiškiems susirgimams diagnozuoti: uterus ir ovarium laparoskopuojant labai gerai matomi ir todėl ir tuo būdu galima diagnozuoti nedideles myomos, cystos, kurios kitu būdu kartais gali būti sunku diagnozuoti.

7) Laparoskopija gali būti indikuotina lokalizuoti kuriam nors navikui. Laparoskopuojant ir kartu palpuojant galima nustatyti, iš kurio organo navikas išeina, ir išspręsti terapijos klausimas.

8) Taip pat laparoskopijos pagelba galima tyrinėti kai kurie moksliški klausimai, pvz., medikamentų veikimas žarnų peristaltikai, šalčio ir šilumos refleksiškas veikimas skrandžio kraujagyslėms, peristaltikai, judrumui etc.

9) Laparoskopija gali būti indikuotina terapiniams tikslams, pvz., per daug prisipildžiusios tulžies pūslės atveju pro kepenų kraštą punktuoti ir palengvinti ligonio stovis. Laparoskopuojant radus nedidelius suaugimus, elektrokaustikos pagelba galima jie pašalinti. Ištraukus optiką ir įvedus specialų kaustikos aparatą, galima tie matomi suaugimai pašalinti. Fevers siūlo „šaltą kaustiką", t. y. kiek galint įpūsti daugiau oro ir tuos suaugimus nutraukti. Šita metode suaugimai pavyksta pašalinti tik tuomet, kai jie yra nedideli, ploni ir neturi stambesnių indų. Darant elektrokaustiką ar „šaltą kaustiką", ligoniui reikia duoti rausch-narkozė.

Apskritai, laparoskopija yra paskutinė kliniško tyrimo priemonė ir vartotina tik tuomet, kai visos kitos tyrimo metodės nėra davusios tikrų duomenų diagnozei nustatyti. Prieš laparoskopuojant reikalinga turėti aiškus tikslas, ko ieškoma ir kuris organas tiriamas.

5. Kontraindikacijos.

Laparoskopija absoliučiai kontraindikuotina esant ūmiems pilvo tuštime uždegiminiams procesams, aprėžtiems abscesams, nes tokiais atvejais laparoskopuojant galima išplėsti procesas. Kontraindikuotina laparoskopija esant dekompensuotai kraujo apytakai. Jei yra ascitas, tai jį išleidus galima daryti laparoskopija ir esant dekompensacijai, nes tuomet spaudimas viduriuose nepasikeis. Oras tokiais atvejais po laparoskopijos reikalinga išleisti visas.

Laparoskopija nėra sunkesnė, net gal ir lengvesnė tyrimo metodė, negu kitos endoskopijos, kaip, pvz., gastroskopija, bronchoskopija, ezofagoskopija ir t. t. Tik ji reikalinga gero pasiruošimo, didelio akylumo, tikslių indikacijų. Ji yra vertinga internisto rankose tyrimo priemonė, daugeliu atvejų įgalina nustatyti tikrą diagnozę ir ligoniui pritaikyti tikrą terapiją ar profilaktiką. Laparoskopija mėginamosios laparotomijos nekon-

kuruoja, bet daugeliu atvejų ją pavaduoja. Yra daug atsitikimų, pvz., kepenų, blužnies susirgimų atvejais, taip pat, kai yra susirgimas su ascitu, kur ir aktyviausias chirurgas nenori daryti mėginamosios laparotomijos. Tokiais atvejais internistas laparoskopuodamas turi svarbią diagnostinę priemonę.

Išvados.

1. Laparoskopija yra ne sunkesnė tyrimo priemonė, kaip ir kitos endoskopijos.
2. Laparoskopijai reikalinga pasiruošti kaip ir operacijai, reikalinga gera aseptika, todėl ji vartotina tik ligoninėse.
3. Ji yra ypatingai svarbi internistikoje pilvo tuštimo ir jo organų tyrimo priemonė, ypač kepenų ir peritoneum'o susirgimų atvejais.
4. Laparoskopija mėginamosios laparotomijos nekonkuruoja, bet dažnai ją pavaduoja. Ji dažnai galima padaryti tais atvejais, kuriais joks chirurgas nenorės daryti mėginamosios laparotomijos.

P. S. Su šita tyrimo metode teko susipažinti ir dirbti Berlyne Hort Wessel'io ligoninėje prof. Kalk'o skyriuje ir universitete, prof. Bergmann'o vedamoje klinikoje — Charité.

Piešiniai 1, 3 ir 4-tas paimti iš firmos C. G. Heynemann'o prospekto.

ZUSAMMENFASSUNG.

Die Laparoskopie an sich ist eine alte Untersuchungsmethode. Man kann behaupten, dass die Erlernung und technische Durchführung der Laparoskopie leichter ist als die mancher anderen endoskopischen Methoden. Die Laparoskopie ist ein kleine Operation und muss darum streng aseptisch sein. Daher ist die Methode auch fast nur im Krankenhaus anzuwenden. Für die Diagnostik der Leberkrankheiten ist die Laparoskopie für den Internisten eine sehr wertvolle diagnostische Methode. Die Frühdiagnose der Lebercirrhose kann man sehr oft nur laparoskopisch feststellen. Die Laparoskopie macht der Probelaparotomie keine Konkurenz, aber sie kann in vielen Fällen eine Probelaparotomie ersetzen.

LITERATŪRA

1) Kelling: „Münch. med. Wschr." 1902 m. 1 nr. — 2) Jacobaeus: „Münch. med. Wschr." 1910 m. 40 nr. — 3) Raccavilla: „Radiol. med." 1920 m. 11 nr. — 4) Steiner: „Schweiz. med. Wschr." 1924 m. — 5) Zollikofer: „Schweiz. med. Wschr. 1924 m. — 6) Kalk, H.: „Zeitschr. f. klin. Med." 1926 m. Bd. 111. — 7) Kalk, H.: „Dtsch. med. Wschr." 1935 m. 46 nr. — 8) Fevers: „Med. Klin." 1933 m. 31 nr. — 9) Kalk, H.: „Zeitschr. f. d. gesamte Krankenhauswesen" 1935 m. 5 sąs. — 10) Henning ir Manke: — 11) Bergmann, G.: „Dtsch. med. Wschr." 1931 m. 47 nr., 1965 p. — 12) Morawitz u. Mancke: „Klin. Wschr." 1932 m. 15 nr., 623 p. — 13) Kalk, H.: „Dtsch. med. Wschr." 1935 m. 1 nr. — 14) Wolf, W.: „Münch. med. Wschr." 1934 m. 24 nr., 902 p. — 15) Stolze, M.: „Arch. für klin. Chir." 178 tr., 288 p.

Gyd. A. Jurgutis.

Vaikų lytinio brendimo tyrimų klausimu.

(Iš Vyt. Did. Univ-to Anatomijos Instituto. Direktorius — prof. dr. J. Žilinskas).

Tikrai nesuklysime tvirtindami, kad nė vienas žmogus nėra visai toks pats kaip kiti žmonės, ir kad visa, kas gyva, gyvenimo eigoje nuolat kinta. Šitie kitimai pareina nuo augimo, plytėjimo (evoliucijos) ir atžangos (involiucijos) vyksmų, kurie yra dėsningi: jie kartojasi ir yra panašūs, palyginus kelių ar net visos eilės žmonių gyvenimo eigą. Tam tikrose normos ribose yra tų vyksmų variacijų: vienas gyvena sparčiau, antras — lėčiau; vieniems atskiri morfologiniai ir fiziologiniai požymiai atsiranda anksčiau, kitiems — vėliau. Variacijos yra tuo didesnės, juo skirtingesnio amžiaus ir juo vyresni žmonės lyginami. Stebėti žmonių gyvenime ontogenezės vyksmas yra labai sunku, nes įgimti trūkumai, sirgtos ligos, socialinė ir kultūrinė aplinka labai dažnai iškreipia ar užtemdo jų normalų plytėjimą. Todėl dėsniams susekti turi būti tiriami tik sveiki žmonės. Normali gyvenimo eiga, deja, tuo tarpu dar pasitaiko daug rečiau negu nenormali. Tinkamas nusimanymas apie normalius ontogenezės vyksmus yra labai svarbus profilaktikos ir higienos reikalui ir norint lengviau skirti sveikus žmones nuo nesveikų. Laiku šalinant kenksmingus veiksnius ir rūpinant sveiką gyvenimo aplinką, būtų galima padidinti sveiko jaunimo prieauglis ir net daug padėti iš prigimties mažaverčiams vaikams.

Atskiro individo gyvenimas (ontogenezė) dalomas į tris laikotarpius: 1) užuomazginis (intrauterinis) gyvenimas — nuo apvaisinimo iki gimimo, 2) augimas — nuo gimimo iki brandos ir 3) atžanga — nuo brandos iki mirties (Stratz, 1926).

Apie užuomazginį ir atžanginį gyvenimo laikotarpius čia nekalbėsime. Taip pat nekalbėsime apie visus kūno ir atskirų organų kitimus, kurie vyksta vaikui plytėjant ir augant, o tik apie lytinį vaikų brendimą — lytinių žymių plytėjimą.

Lytiniai požymiai skirstomi į pirminius ir antrinius. Pirminiais lytiniais požymiais vadinami patys lyties organai, o antriniais — kiti kūno požymiai, kurių dėka pats individas įgauna vyrišką ar moterišką išvaizdą. Nuo gimimo iki aštuntų metų amžiaus žmogaus kūnas yra vaikiškas, neutralus. Iki šito amžiaus mergaitės nuo berniukų skiriasi beveik vien pirminiais lytiniais požymiais, atseit — pačiais lyties organais, kurie išsidiferencijuoja jau 3-čio mėnesio embrionams, ir mažesniu ūgiu bei svoriu. Vaikiškų kūno formų laikotarpis yra abie-

jų lyčių vaikų vienodo plytėjimo metas, po kurio kiekvienos lyties vaikų plytėjimas ima kiek skirtingą kryptį, pradeda plytėti antriniai lytiniai požymiai, susidaro lytiniai žmonių skirtumai. Vienais požymiais (k. a.: ūgiu, paodiniu riebaliniu sluoksniu, atskirų organų svoriu) moteris ir subrendusi lieka artimesnės vaikui, o kitais požymiais (k. a.: tiesesniu stuburu, siauru dubeniu, rudimentinėmis krūčių liaukomis), atvirkščiai, į vaiką panašesnis vyras. Lytinės brandos žymės mergaitėms atsiranda 2—3 metais anksčiau negu berniukams, o pačios brandos jos susilaukia net ketveriais metais anksčiau (S t r a t z). Anksčiau pražydusios, jos taip pat anksčiau ir nuvysta. Tačiau lytinės brandos negalima visai sieti su tuo ar kitu konkrečiu individo amžiumi. Be chronologinio amžiaus, reikia skyrium domėtis vadinamuoju fiziologiniu, somatiniu, arba plytėjimo amžiumi, atseit vaiko išplytėjimo laipsniu, arba jo plytėjimo stoviu tyrimo metu. Taip, S t r a t z duoda gražią dviejų berniukų fotografiją. Abu berniukai yra to paties amžiaus, būtent, keturiolikos metų. Tačiau vienas jų atrodo dar visai kaip vaikas, tuo tarpu antrojo gėdos kalnas jau apžėlęs plaukais, o kitos lytinės žymės taip pat labai ryškios. Pirmasis yra 144 cm. ūgio, antrasis — 157 cm., pirmasis 7 cm. atsilikęs nuo normalaus ūgio vidurkio, o antrasis šitą vidurkį viršija 7 cm. Tasai pavyzdys rodo, kad chronologinis vaiko amžius gali neatitikti jo išplytėjimo amžiaus. Šitos dvi sąvokos griežtai skirtinos. Individualinant vaikų terapiją ir jų ugdymo rėžimą, svarbu turėti galvoje ne vien chronologinis, bet ir fiziologinis amžius, kuris ir yra tikrasis vaiko amžius; svarbiau yra žinoti, kurioje gyvenimo kelio vietoje vaikas yra, ir ne tiek svarbu, kiek laiko vaikas tą kelio galą ėjo*).

Dažnai skiriasi ne tik vaikų brandos žymių atsiradimo datos, bet ir tų žymių atsiradimo eilė.

Svarbiausioji lytinės brandos žymė yra lyties organų funkcijavimo pradžia: mergaičių mėnesinės, berniukų poliucijos. Mergaičių pirmosios mėnesinės (Lietuvoje) paprastai atsiranda keturioliktaisiais (12—19) jų amžiaus metais (Ž i l i n s k a s ir D o b r o v o l s k a i t ė), o berniukų pirmosios poliucijos (Vokietijoje) būna šešioliktaisiais (14—18) metais (S t r a t z). Tačiau, jau seniai yra pastebėta, kad įvairių kraštų, klimatų, rasių, tautų ir net luomų ir profesijų moterų mėnesinės atsiranda ne vienodame amžiuje. Mūsų anatomijos instituto tyrimų duomenimis (iš dar nepaskelbto prof. Ž i l i n s k o ir D o b r o-

*) Palygink med. gyd. J. K o v a r s k i o straipsnį „Metai lekia... (Laiko sąvoka medicinoje)", įdėtą „Medicinos" 1939 m. 4 nr.: „Kiekviena būtybė turi vidinį ritmą, priklausantį jai vienai. Suvokti šitas ritmas — reiškia nustatyti tam tikros būtybės tikrasis amžius fiziologijos požvilgiu". (247 p.). Žiūr. jo atvaizdus. *A. J.*

v o l s k a i t ė s darbo „Mėnesinių variacijos V. D. Universiteto studenčių medikių tyrimo duomenimis“), kuriais čia, maloniai sutikus mano gerb. šefui prof. J. Ž i l i n s k u i, pasinaudosime, — lietuvaitės pirmąsias mėnesines vidutiniškai turi 14,17 metų amžiaus. Lietuvaitės subręsta kiek anksčiau kaip latvių, žymiai anksčiau kaip vokiečių ir kiek vėliau kaip žydų tautybės mergaitės. Iš 275 ištirtų studenčių lietuvaičių pirmųjų mėnesinių yra susilaukusios:

12 metų	— 5,10%,		16 metų	— 9,09%,	
13 „	— 22,18%,		17 „	— 1,45%,	
14 „	— 39,18%,		18 „	— 0,73%,	
15 „	— 21,45%,		19 „	— 0,36%.	

Ieškodami lytinio mergaičių brendimo laiko variacijų priežasčių, prof. Ž i l i n s k a s ir D o b r o v o l s k a i t ė prieina išvadas, kad moterų mėnesinių atsiradimo laikas pareina ir nuo endogeninių ir nuo ektogeninių veiksnių. Kaime gimusių ūkininkų šeimų lietuvaičių tarpe vėlyvas lytinis subrendimas yra dažnesnis kaip mieste gimusių inteligentų šeimų mergaičių grupėje. Iš tyrimo duomenų atrodo, kad nepakankama mityba, atseit — svorio trūkumas lytinio brendimo metu, mergaičių pirmųjų mėnesinių atsiradimą paankstina. Sąsyjo tarp moterų lytinio brendimo ir atskirų rasinių požymių beveik nerasta: tamsios ir šviesios kompleksijos (plaukų ir akių spalvos) ir skirtingų kraujo grupių mergaičių pirmųjų mėnesinių atsiradimo laiko skirtumai yra labai nežymūs. Lytinio brendimo sąsyjis su mergaičių kūno sudėjimu (Körperbau) yra žymiai ryškesnis: leptozominio (respiratorinio) tipo mergaitės subręsta vėliau kaip eurizominio (digestyvinio) tipo mergaitės.

Tiek apie pirmąsias mėnesines. Reikia pažymėti, kad jau anksti prieš tai, kaip pradeda funkcijuoti lytiniai organai, vaikų endokrininių liaukų sistema, pati kitėdama, žymiai pakeičia ir visą organizmą, sudarydama ir išryškindama lytinius skirtumus.

Mergaičių jau dešimtųjų amžiaus metų gale pilnėja ir apskritėja klubai, sėdynė ir šlaunys. Vienuoliktųjų metų gale pradeda augti krūtys ir jų speneliai. Dvyliktaisiais metais krūtys išsigaubia stipriau. Keturioliktaisiais ar penkioliktaisiais amžiaus metais mergaičių krūtys esti jau visai išplytėjusios. Mergaičių pubes suželia 13-taisiais, o plaukai pažastyse — 15-taisiais jų amžiaus metais.

Berniukų artėjančią lytinę brandą pažįstame iš stipresnio raumenų išplytėjimo ir paryškėjusio raumenų reljefo. Tat stebime jau 11-taisiais jų amžiaus metais. Pubes pasirodo vėliau: 14-tųjų metų berniukų jie yra tiesūs, ir jų dar nedaug; penkioliktaisiais metais jie jau garbanoti, o vėliau jų sritis, ruožu vi-

durinėje linijoje, vis labiau kyla aukštyn, umbilicus link. 16--taisiais metais stipriau auga gerklos. Jų skydinės kremzlės kampas labiau atsikiša į priekį, sudarydamas vadinamąjį „Adomo obuolį“. Su šitais gerklų formos ir dydžio kitimais yra susijęs ir balso kitimas. 16—17-taisiais metais atsiranda plaukų pažastyse, ir tik aštuonioliktaisiais — pasirodo plaukų viršutinėje lūpoje.

Abiejų lyčių vaikai lytinių žymių atsiradimo ir išryškėjimo periode visada smarkiai auga ir sunkėja.

Pirmųjų antrinių lytinių požymių atsiradimo laikas normaliai svyruoja nuo 2 iki 3 metų, o visiškos lytinės brandos laikas — nuo 4 iki 6 metų, o kartais ir iki 10-ties metų (S t r a t z). Aišku, visiškos lytinės brandos momentas nesutampa su lytinių organų funkcijavimo pradžia; brendimas, atrodo, trunka moterų iki 22—24, o vyrų iki 24—26 metų amžiaus. Tuo būdu lytinis brendimas, prasidėjęs aštuntaisiais vaiko amžiaus metais, trunka apie šešiolika metų. Lytinės liaukos pradeda funkcijuoti, maždaug šitam brendimo periodui įpusėjus.

Augimas į plotį, ypač dubens srityje, moterų yra intensyvesnis kaip vyrų. Rezultate, suaugęs vyras yra apie 10 cm aukštesnis, apie 12 cm platesnių pečių negu suaugusi moteris. Tačiau vyrų dubuo platesnis tik 3 cm. Pečiai tiek vyrų, tiek moterų yra platesni negu dubuo; tačiau vyrų pečių ir dubens pločių skirtumas yra 18 cm, o moterų — tik 4 cm (S t r a t z). Vadinasi, moterys turi reliatyviai platesnį dubenį.

Vaiko išplytėjimo laipsnis (išplytėjimo amžius, fiziologinis amžius, somatinis amžius), kaip matome, gali būti apibūdinamas įvairiausiais požymiais. Masiniam vaikų tyrimui ir jų fiziologinio amžiaus nustatymui reikėtų mažų mažiausia stebėti jų griaučiai, raumenų išplytėjimas ir lyginti tų stebėjimų duomenys su vidurkiniais to paties amžiaus, socialinio tarpo ir vienodos kilmės vaikų duomenimis. Tatai darant, reikia turėti galvoje tiriamųjų vaikų kūno sudėjimo įgimtieji savumai (jų tėvų mažas ar didelis ūgis, ilgas ar trumpas liemuo, lieknas ar kresnas kūnas). Šitos rūšies tyrimams reikia kruopščių ir tikslių antropometrinių matavimų. Ypač tikslūs ir gausūs turi būti tokie tyrimai tada, kai norima vesti vidurkiai ir nustatyti normos, standartai. Antropometrinių vaikų tyrimų, kurie yra svarbūs ir lytinio brendimo stebėjimams, klausimu, jei bus progos, kalbėsime kada skyrium. Šitą kartą noriu supažindinti tik su tomis lytinio brendimo tyrimo metodėmis, kurioms nereikia jokių instrumentų. O kadangi, nustatant vaiko fizinio išplytėjimo laipsnį, lytinio brendimo tyrimų duomenys yra labai svarbūs ir brangūs, tai šituo, palyginti, pigiu būdu, galima be didelio vargo, bent apytikriai, nustatyti fiziologinis vaiko amžius ir net, ištyrus daugiau vaikų, išvesti atskirų

lytinio brendimo požymių vidurkiai, atsieit, nustatyti mūsų krašto vaikų lytinio brendimo tempo normos.

Martin (1924) skiria šias lytinio brendimo stadijas:

I stadija. Pubes negausūs, lygūs; dilbio tiesiamojo paviršiaus plaukotumas; balsas vaikiškas; mergaičių kiek pakilęs spenelio laukas.

II stadija. Pubes garbanojasi, užima didesnį plotą. Berniukams auga plaukų ant viršutinės lūpos ir skruostų; balsas kinta. Mergaičių krūtys „pumpurinės".

III stadija. Pubes garbanojasi, stipriai išplytėję, užima didelį plotą. Terminalinis plaukotumas pažastyse, kartais ir ant krūtinės ir pilvo; balsas kinta. Mergaičių krūtys visai išplytėjusios.

Toliau Martin nurodo, kad norint tiksliai nustatyti vaiko išplytėjimo laipsnį, be anksčiau išvardytų požymių, reikia dar stebėti ir tirti dantų plytėjimas, kaulų osifikacija (pvz., delno kaulų); intelektualiniu požiūriu — psichotechnine metode ir mokyklinio pažangumo stebėjimais nustatyti protinis išplytėjimas. Čia dažnai randama, kad įvairių požymių plytėjimas neina paraleliai, ir todėl išplytėjimo amžiaus negalima statyti pagal kurį vieną požymį.

Vaikas gali būti atsilikęs nuo normalių sveikų vidurkinių vienmečių, arba gali būti juos pralenkęs; tiek atsilikti, tiek pralenkti jis gali arba visais tiriamais požymiais, arba kuriuo vienu, pvz., dantų plytėjimu, augimu į aukštį ar į plotį. Tais atvejais chronologinis vaiko amžius neatitiks fiziologinio. Nustatyti tokis neatitikimas ir rasti jo priežastys — be galo svarbu.

Stebint vaikų lytinį brendimą, masiniams tyrimams, atrodo, pakaktų tirti jų gėdos kalno plaukuotumas ir mergaičių krūčių bei berniukų varpos plytėjimas. Be to, nesunku (bet labai svarbu!) būtų registruoti mergaičių pirmųjų mėnesinių atsiradimo laikas.

Visais atvejais, kada norima, kad surinktoji medžiaga tiktų statistikai, o gautieji duomenys — lyginti su kitų autorių tos pačios rūšies duomenimis, ypačiai svarbu tiksliai žymėti tiriamųjų vaikų amžius. Praktikoje geriausių ir patikimiausių duomenų gaunama tada, kai tyrimo metu žymimas ne pats vaiko amžius, bet tikslios (metai, mėnuo, diena) vaiko gimimo ir tyrimo meto datos. Tiriant mergaites, taip pat dienos ar bent mėnesio tikslumu užrašytinas ir jų pirmųjų mėnesinių laikas. Vėliau tvarkant medžiagą tenka amžius išskaičiuoti mėnesio tikslumu. Darbui paspartinti pasidarytina šitokia pagelbinė lentelė (Martin):

1-oji lentelė.

Mėnesiai	1925	1926	1927
Sausis I	13,6	12,6	11,6
Vasaris II	13,5	12,5	11,5
Kovas III . . . . . , . . .	13,4	12,4	11,4
Balandis IV	13,3	12,3	11,3
Gegužis V	13,2	12,2	11,2
Birželis VI	13,1	12,1	11,1
Liepos VII	13,0	12,0	11,0
Rugpjūtis VIII . . . . . . : . .	12,11	11,11	10,11
Rugsėjis IX	12,10	11,10	10,10
Spalis X	12,9	11,9	10,9
Lapkritis XI	12,8	11,8	10,8
Gruodis XII	12,7	11,7	10,7

Šitame pavyzdyje vaikai tirti 1938 m. liepos mėnesį. Vyriausieji iš jų yra gimę 1925 metais. Lentelėje lengva rasti, kad, pvz., vaikas, gimęs 1925 metų vasario mėnesį, tyrimo metu (1938 m. liepos mėnesį) buvo 13 metų ir 5 mėnesių amžiaus („13,5“ lentelėje nėra dešimtainė trupmena, o reiškia „13 metų ir 5 mėnesių amžiaus“).

Jei masiniai tyrimai užtrunka ilgiau kaip mėnesį, tai, kaip skaičiavimų bazė, gali būti parenkama kuri nors viena vidutinė data (M a r t i n).

Surinktuose duomenyse turi būti žinių apie vaikų tėvus, socialinį stovį, tėvų užsiėmimą, gyvenamąją vietą, tautybę, sveikatos stovį, mitybą ir t. t. Patogiausia tam reikalui vartoti specialios kortelės, paruoštos naudojantis rimtais pavyzdžiais, pvz., M a r t i n'o pasiūlytaisiais.

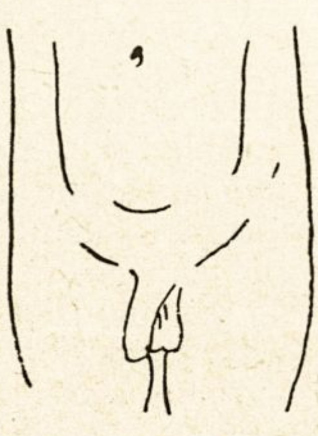
Grupuojant medžiagą, būtina skirti viena lytis nuo antros ir niekada nevesti bendrų mergaitėms ir berniukams vidurkių (kortelės skirtingų spalvų!). Grupuojant pagal amžių (chronologinį; grupavimas mokyklos skyriais ar klasėmis neturi jokios vertės), svarbu griežtai skirti amžius nuo gyvenamųjų metų. Amžius yra pilnų gyventų metų skaičius, o gyvenamieji metai — metai, kuriuos vaikas gyvena, bet kurie dar nėra sukakę. Griežtai kalbant, vaikas „septynerių metų amžiaus“ galima vadinti tik septintą jo gimimo dieną. Tačiau praktiškai neįmanoma kiekvienas vaikas tirti jo gimimo dieną. Todėl tvarkant medžiagą tenka daryti „amžiaus grupės“. Tatai daroma dvejopai: 1) laiko, kaip tatai daroma statistikoje, vaikus nuo *n* metų iki *n* metų 11 mėnesių, — *n*-mečiais; taip, penkiamečiai vaikai bus vaikai nuo penkerių metų iki penkerių

metų ir vienuolikos mėnesių, arba, 2) laiko, kaip matematikoje ir kaip įprasta antropologijoje, pusmetinėmis amžiaus grupėmis, vaikus nuo *n* metų minus 3 mėnesiai iki *n* metų plius 3 mėnesiai — *n*-mečiais; tuo būdu, pvz., penkiamečiais vadinami vaikai nuo 4 metų 10 mėnesių iki 5 metų 3 mėnesių, o pusšeštų metų grupėje bus vaikai nuo 5 metų 4 mėnesių iki 5 metų 9 mėnesių. Skirstydami medžiagą ne pusmetinėmis, o metinėmis amžiaus grupėmis, *n*- mečiais vadinsime vaikus nuo *n* metų be penkių mėnesių iki *n* metų su šešiais mėnesiais. Šito antrojo būdo, kurio laikosi dauguma mūsų ir užsienio antropologų ir antropometrų, reikėtų ir ateityje griežtai laikytis visiems Lietuvos vaikų tyrėjams. Kitaip mūsų duomenų negalėsime nei palyginti, nei dėti į kokią suvestinę bei apžvalginę statistiką.

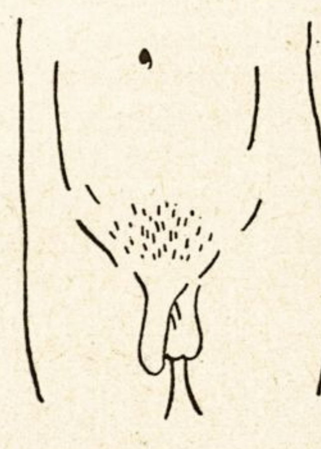
Gėdos kalno, krūčių ir varpos plytėjimo tyrimo metodika nėra dar griežtai nustatyta. Anksčiau pacituotosios Martin'o trys vaikų brendimo stadijos yra tik stambiais bruožais apibūdintos ir apima kelis požymius drauge. Galutinai grupuojant medžiagą, gal ir teks ji studijuoti panašiu būdu susigrupavus, tačiau pačių tyrimų metu reikia kiek detalesnės metodės, pagal kurią kiekvienas požymis būtų tiriamas atskirai. Gana smulkią metodę yra nustačiusi SSSR antropometrinių metodžių unifikacijos komisija, kurios pirmininku buvo prof. V. V. Bunak. Šitos komisijos paruoštuose aplinkraščiuose aprašytosios antropometrinės metodės tik nežymiomis smulkmenomis skiriasi nuo Vakarų Europoje ir Užjūriuose beveik visuotinai priimtų metodžių, kurios yra priimtos tarptautiniuose antropologų kongresuose. Šita vaikų lytinio brendimo tyrimo metodė pasirinkta ir mūsų Anatomijos instituto numatytiesiems tyrimams.

Gėdos kalno plaukuotumas tiriamas tiek berniukų, tiek mergaičių. Skiriami penki laipsniai:

I laipsnis: plaukų nėra (žiūr. 1 atv.).



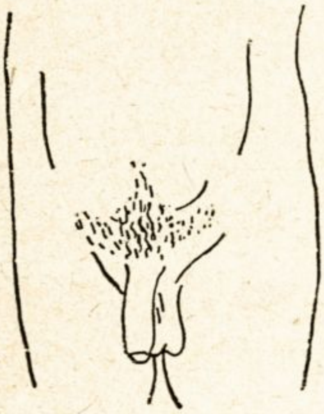
1 atv.



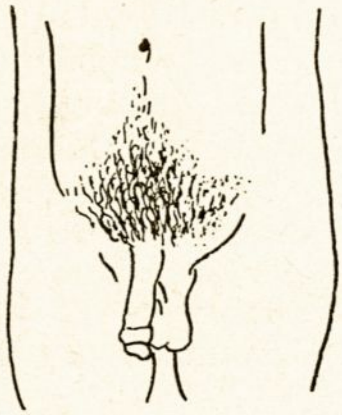
2 atv.

II laipsnis: pavieniai, trumpi, tiesūs plaukai nedideliame centriniame plote (žiūr. 2 atv.).

III laipsnis: ilgesni, susimetę pluoštais plaukai, dideliame plote; tačiau jų riba dar nesiekia kirkšnies vagos, ir jie dar retoki; jau garbanuojasi (žiūr. 3 atv.).



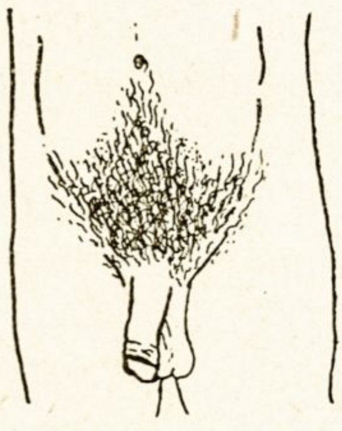
3 atv.



4 atv.

IV laipsnis: ilgi, garbanoti plaukai visame plote tarp šlaunų, dar nelabai tankūs (žiūr. 4 atv.).

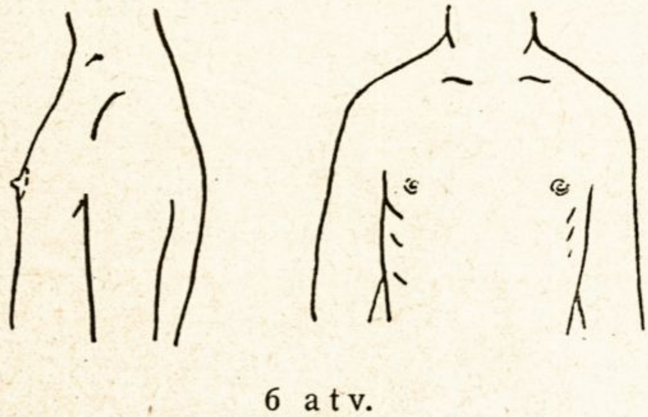
V laipsnis: ilgi, tankūs, garbanoti plaukai visame plote tarp šlaunų; aukšta viršutinė plaukuotumo riba (žiūr. 5 atv.).



5 atv.

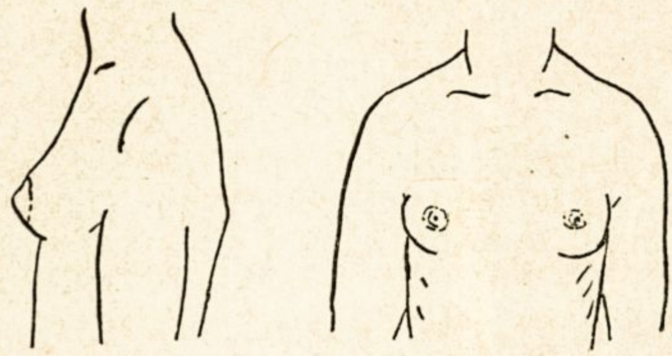
Krūčių plytėjimo skiriamos keturios stadijos. Pirmoji stadija būdinga vyrams ir mažoms mergaitėms; II—IV stadijas turi tik moterys.

I stadija. Liaukos beveik visai neiškilusios; spenys atsikišęs iš spenio laukelio (žiūr. 6 atv.).



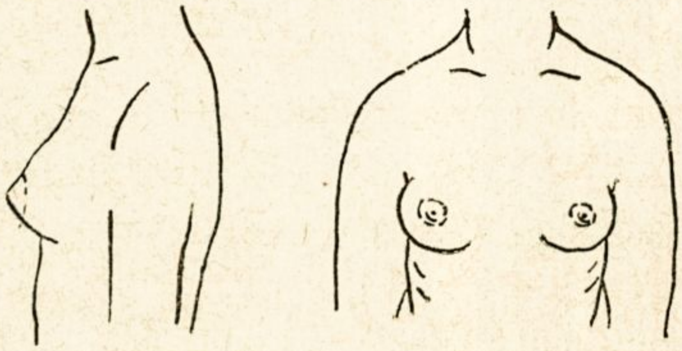
6 atv.

II stadija. Spenio laukelis didelis; spenys neiškyla aukščiau laukelio lygio; spenelis kartu su savo laukeliu sudaro konusą („pumpurinė" krūtis); liauka iškilusi tik mažame plote (žiūr. 7 atv.).



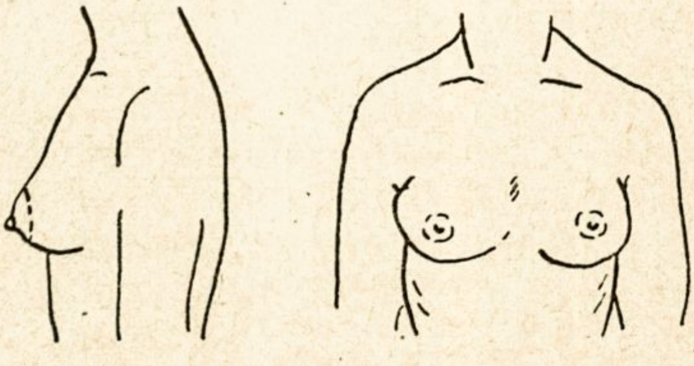
7 atv.

III stadija. Spenys ir jo laukelis turi dar tą pačią, kaip II-oje stadijoje, formą; visa liauka drauge su speneliu ir jo laukeliu konusu atsikišusi į priekį (žiūr. 8 atv.).



8 atv.

IV stadija. Spenys iškilęs virš laukelio lygio; liaukos kūnas įgauna suaugusioms moterims būdingą formą (žiūr. 9 atv.).



9 atv.

Varpos formos plytėjimo skiriami penki laipsniai: pirmas — penktas. Norint gauti tikslių duomenų, tenka tirti kelis kartus arba labai žiūrėti tyrimo sąlygų. Varpa — organas, labai linkęs keisti savo konsistenciją, formą ir dydį. Todėl tirtina tik „ramybės stovyje"; netinka tirti tada, kai kaverniniai kūnai yra sukritę (del šalčio, skausmo, psichonervinių priežasčių) arba, atvirkščiai, kai jie yra pritvinkę kraujo (del pilnos šlapimų pūslės, erogeninių impulsų ir pan.).

Pirmojo plytėjimo laipsnio varpos galvutė tik silpnai atsiskyrusi nuo varpos kūno. Praeputium ją dengia visai ir kartais kabo laisvu žiedu. Organo ašis, bent viršutinėje dalyje, eina beveik horizontaliai.

Antrasis laipsnis — oda glaudžiau dengia galvutę, nekabo, organo kamienas stambesnis. Galvutės kontūrai dar susilieja su organo kūno kontūrais. Ašies kryptis nuožulni.

Tretysis laipsnis — galvutę nuo kūno jau skiria ryški vaga. Praeputium nebeapdengia visos galvutės; ašies kryptis artima statmenai (organas kabo).

Ketvirtasis laipsnis—žymi galvutės dalis neapdengta praeputium'o, galvutė stambi; ašies kryptis vertikalinė.

Penktasis laipsnis — galvutė atvira, praeputium oda susirinkusi į raukšles vagoje aplink galvutę.

Siūlomoji tyrimo metodė, aišku, netinka tais atvejais, kai vaiko praeputium yra dirbtinai pašalintas (circumcisio).

Mergaičių pirmųjų mėnesinių atsiradimo laiko tyrimai įdomūs ne tik stebint vaikų plytėjimą, bet ir kitais požiūriais, nes šiandien įrodyta, kad toji moterų žymė yra paveldima ir yra susijusi su kitais jų rasiniais ir konstituciniais savumais. Tačiau yra žinoma, kad mergaičių brendimo laikas įvairuoja labai plačiose ribose. Norint išvesti tikslius vidurkius, reikėtų ištirti bent 1000, o geriau 10.000 mergaičių. Tokių gausių tyrimų iki šioliai labai maža tepaskelbta. Todėl būtų malonu šitoje srityje susilaukti daugiau darbininkų. Ir negausūs, bet tikslūs ir tinkamai spaudoje paskelbti šitos rūšies tyrimų duomenys vėliau galėtų būti sumuojami ir visi kartu studijuojami. Tikslumui reikalinga, kad žinios būtų datuojamos ne apytikriai, t. y. ne vienerių metų, o vieno mėnesio tikslumu, o norint, kad paskelbtieji duomenys tiktų suvestinėms statistikoms, reikia spaudoje skelbti ne vien vidurkiai, bet ir visa variacijų eilė, t. y., nurodyti, kiek individų yra kiekvienoje amžiaus klasėje (pvz.: 12 metų — 5 individai, 13 metų — 22 individai ir t. t.). Pirmųjų mėnesinių atsiradimo laiko tyrimams geriausia medžiaga yra mokyklų auklėtinės (F r o m m o l t, Ž i l i n s k a s). Ginekologinių ligoninių pacienčių žinios šitam reikalui yra labai mažos vertės.

Lytinis vaikų brendimas Lietuvoje dar beveik visai nėra tirtas. Gražią pradžią padarė prof. Žilinskas ir Dobrovolskaitė, paruošdami darbą apie studenčių mėnesines, kurį mes jau minėjome anksčiau. Tačiau ir to darbo autoriai nurodo, kad reikia tolimesnių ir platesnių mastu to klausimo tyrimų. Kitų lytinių vaikų požymių plytėjimas dar labiau prašosi tiriamas, nes Lietuvoje tos rūšies tyrimų dar visai nėra paskelbta. O klausimas labai įdomus. Užsieniuose atkreiptas dėmesys, kad lytinis vaikų brendimas įvairiose srityse ir kraštuose nėra vienodas. Nauja kryptis vaikų sveikatos priežiūros darbe reikalauja į šituos regioninius vaikų fizinio plytėjimo skirtumus atsižvelgti (Bober, 1937; Grimm, 1938; Zeller, 1938). Tenka pažymėti, kad regioniniai morfologinių lytinių požymių plytėjimo tyrimai vos pradedami ir Vokietijoje. Taip, Grimm (1939) skelbia palyginimui savo ir Zeller'io tokių tyrimų duomenis, kurie, tenka konstatuoti, yra dar visai negausūs (žiūr. 2-ją lentelę).

2-ji lentelė

Brandos žymės	Vaikiška penis'o ir scrotum'o forma			Pubes negausūs ir tiesūs			Pubes gausesni, garbanoti; priešbrandinė forma			Pubes tankūs, garbanoti; brandi forma		
Amžiaus klasės	Halė, pagal Grimm'ą		Berlynas, pagal Zeller'į	Halė		Berlynas	Halė		Berlynas	Halė		Berlynas
	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%
11 metų	26	51,0	75,8	2	3,9	7,8	—	—	—	—	—	—
12 metų	24	50,0	—	2	4,2	—	1	2,1	—	—	—	—
13 metų	3	8,1	26,0	7	18,9	36,0	7	18,9	25,0	-	—	1,0
14 metų	2	9,1	8,0	6	17,3	34,0	8	36,4	46,0	1	4,5	7,0

Lentelėje matyti, kad Berlyno berniukų tarpe prieš 14-tuosius metus amžiaus yra daugiau vaikiškos formos išorinių lyties organų, kaip Halės berniukų grupėje. Antra vertus, kartą pradėję bręsti, jie bręsta greitesniu tempu (Grimm). Išvados įdomios, nors jos ir nėra patikimos del mažų ištirtųjų skaičių. Aišku, dar įdomiau būtų pasekti mūsų vaikų lytinis brendimas ir palyginti jo tyrimų duomenys su kitų kraštų ir mūsų pačių krašto atskirų sričių tokiais pat duomenimis. Ypačiai įdomu būtų paieškoti šitos rūšies skirtumų tarp mūsų kaimų ir miestų vaikų.

Šito pobūdžio tyrimai, be kitų fizinio vaikų plytėjimo tyrimų, yra numatyti mūsų Anatomijos instituto darbų planuose. Būtų labai malonu, jei šitomis problemomis susidomėtų ir gerb. mokyklų ir sporto gydytojai bei fizinio lavinimo mokytojai, kuriems betarpiškai prieinama vertingiausia tyrimų medžiaga

— mūsų mokyklų jaunimas. Malonu būtų pamatyti spaudoje šitos rūšies tyrimų duomenų, kilusių ne vien iš universiteto įstaigų. Savo ruožtu būsiu labai patenkintas, jei pasijusiu šituo straipsniu prisidėjęs prie mūsų vaikų lytinio brendimo tyrimų metodikos suvienodinimo.

LITERATŪRA.

1. Бунак, В. В. (ред.): Методика антропометрических исследований. Москва, 1927.
2. Grimm, H.: Reifungsstufen bei mitteldeutschen Stadtkindern (Volksschülern). „Zeitschr. f. Rassenkunde". 8. B. 2. H. Stutgart 1938. 202 p.
3. Мартин Р.: Краткое руководство по антропометрическим измерениям. Москва 1927 (vertimas)
4. Stratz, C. H.: Lebensalter und Geschlechter. Stuttgart 1926.
5. Žilinskas, prof. dr. J. ir subasist. gyd. J. Dobrovolskaitė: Mėnesinių variacijų priežastys V. D. Universiteto studenčių medikių tyrimo duomenimis (rankraštis V. D. U. Med. Fak. Darbų redakcijoje).

ZUSAMMENFASSUNG.

Über die Forschung der Reifungsstufen bei Kindern. Leitfaden der Methodik.

Med. d-ras Bl. Abraitis.

Žmogaus odos struktūros skirtingumai kai kuriose kūno paviršiaus vietose.

(Iš Vyt. Didž. Un-to Histologijos ir embriologijos Instituto. L. e. direktoriaus par. — prof. dr. J. Žilinskas).

(Pabaiga)*)

11. Ties kelio sąnario girnelės viduriu odoje (11a atv.) plaukų ir riebalinių liaukų maža, bet nemaža prakaitinių liaukų.

Dermos vidinė riba neaiški. Storos, labai mažai vingiuotos dermos jung. audinio skaidulės susigrupavusios dažnai storais pluoštais. Daugelis šitų skaidulių ir jų pluoštų eina iš dermos gilumos įvairia kryptimi nuožulniai į papilinį sluoksnį. Prie papilinio sluoksnio skaidulės staiga labai suplonėja ir jų tinklas sutankėja. Papiliniame sluoksnyje plonos skaidulės sudaro tankų tinklą ir dauguma jų eina beveik statmenai į epidermio vidinį paviršių.

Elastingų skaidulių čia, atvirkščiai kaip visur kitur tirtose vietose, daugiau hipodermoje negu dermoje. Dermoje elastingų skaidulių maža, jos plonos, dauguma jų eina beveik

*) Pradžią žiūr. „Medicinos" 1939 m. 7 ir 8 nr. nr.

lygiagrečiai su odos paviršiumi. Papiliniame sluoksnyje dar mažiau elastingų skaidulių negu dermoje. Papilinio sluoksnio elastingos skaidulės eina nuožulniai į epidermio vidinį paviršių, prie kurio prisitvirtina drauge su kolageninėmis skaidulėmis, apsupdamos bazalinių epidermio celių bazalines kojytes.

Papilinis sluoksnis plonas; papilės retos. Kiek aukštesnės papilės ties odos paviršiaus laukelių viduriu. Odos laukelių paviršiuje matomas labai mažutes tretines vageles, apsupančias taip pat labai mažučius antrinius laukelius, sudaro viso epidermio toje vietoje staigūs įlinkimai į papilinį sluoksnį. Tie epidermio staigūs įlinkimai papilinį sluoksnį, o kartu ir epidermio vidinį paviršių, dar labiau iškreivina. Tuo būdu šitos tretinės vagelės lyg sutvirtina sąsyjį tarp dermos ir epidermio.

Papiliniame sluoksnyje nemaža jung. audinio celių, o giliau dermoje retai pavienių celių tematoma.

Epidermis storas (80—90 μ). Str. cilindricum celės turi nedaug pigmento grūdelių. Ties papilių viršūnėmis mažiau pigmento negu ties papilių tarpais.

Storas (23—34 μ) str. spinosum prie str. cilindricum turi daugiakampes apskritais branduoliais celes, o prie str. granulosum — suplokštėjusias. Tarpceliniai tarpeliai 0,8 — 1 μ platumo.

Str. granulosum tarpais vienas plokščių celių sluoksnis, o tarpais du tokių pat celių sluoksniai (2—8 μ).

Str. lucidum storas (4—7 μ), visur aiškiai matomas.

Str. corneum taip pat storas (23—30 μ).

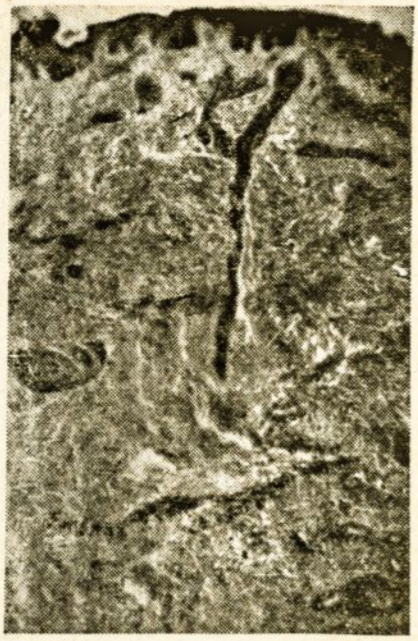
Taigi, čia suragėjimo procesas lėtas. Pasak H o e p k e (1927), jau B i e d e r m a n n (1926) pastebėjęs, kad ten, kur oda masažuojama mechaniškų išorės įtakų (padas, delnas), jos tarpcelinių skysčių apytaka geresnė ir suragėjimo procesas lėčiau vyksta, o todėl ir visi epidermio sluoksniai storesni. Gal tat ir šituo atveju kelio odai galima pritaikyti.

Kraujo indų yra aiškus hipoderminis, bet labai silpnas subpapilinis tinklas. H o e p k e (1927) duomenimis, čia iš stipraus hipoderminio kraujo indų tinklo eina terminalinės arterijos į papilinį sluoksnį, ir tik maža kraujo indų tesudaro subpapilinį tinklą.

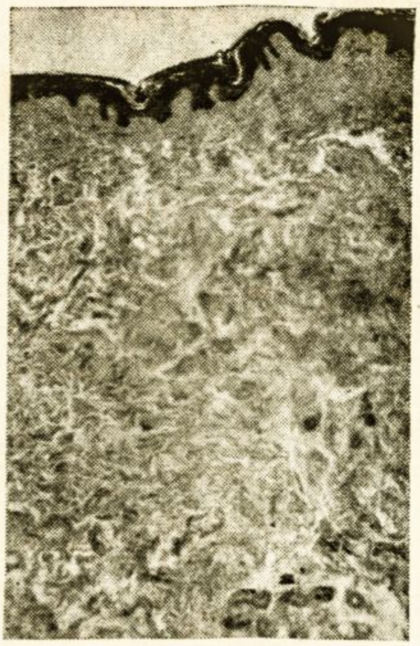
12. Blauzdos dorsalinio paviršiaus vidurio odoje (12a atv.) plaukai su riebalinėmis liaukomis ir musc. arrectores pilorum reti. Prakaitinių liaukų nemaža.

Dermos sluoksnis apie 1,5 mm. Visoje dermoje, iki papilinio sluoksnio skaidulės storos, susigrupavusios daugiausia storais pluoštais, eina daugiausia lygiagrečiai su odos paviršiumi.

Papiliniame sluoksnyje skaidulės plonutės, jų tinklas tankus, jos eina nuožulniai į epidermį.



11a atv.



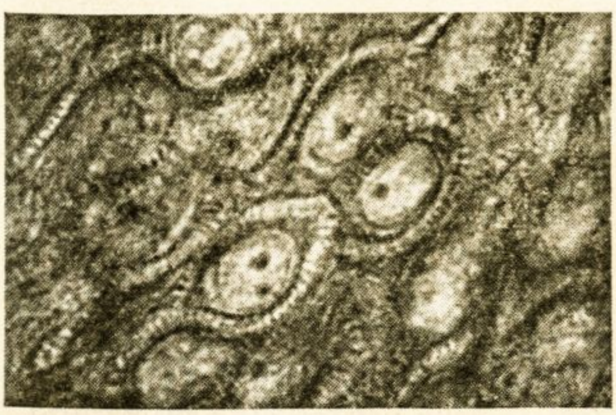
12a atv.

Elastingos skaidulės plonutės, bet jų daug. Dermos gilumoje jos neturi vienos kurios vyraujančios krypties, o prie papilinio sluoksnio didelė dauguma jų jau eina lygiagrečiai su odos paviršiumi. Papiliniame sluoksnyje elastingų skaidulių mažiau negu dermoje, ir čia jos eina nuožulniai į epidermio vidinį paviršių.

Papilinis sluoksnis plonas. Papilės labai retos, žemos. Tarpais platūs epidermio ploteliai tiesiog beveik visai lygiu vidiniu paviršiumi. Papiliniame sluoksnyse nemaža jung. audinio celių, o giliau dermoje celės labai retos.

Epidermis nestoras (60—70 μ). Str. cilindricum celės turi nemaža pigmento.

Str. spinosum plonas (20—24 μ). Tarpceliniai tarpeliai 1—1,3 μ platumo. Per tarpelius einančios tonofibrilės, tiek visose kitose šitame darbe tirtose odos vietose, tiek ir čia, ties viduriu nuotolio nuo vienos celės iki kitos turi aiškius sustorėjimus, lyg mazgelius (Ranvier mazgeliai) (18 atv.). Unna (5) (1910) aiškina, kad ties šiais mazgeliais yra celių ribos, o abipusiai šitos ribos esančios tarpcelinių tarpelių dalys — esanti celių ekzoplazma.



18 atv.

Rosenstadt (5) (1917) ir Hoepke (1927)

mano, kad šitie mazgeliai yra kitos krypties tonofibrilių skerspjūviai. De Moulin (5) (1923) šituos mazgelius laiko dirbtiniais. Tačiau vistiek, kuriuo būdu epidermis bebūtų tiriamas, visada šitie mazgeliai randami vienodi, ir todėl negalima sutikti, kad jie būtų dirbtiniai. Tonofibrilių skerspjūviais šitie mazgeliai taip pat negali būti, nes tada jie būtų matomi ne vien ties tonofibrilėmis, bet ir tarp jų. Patikimiausias yra Unna aiškinimas.

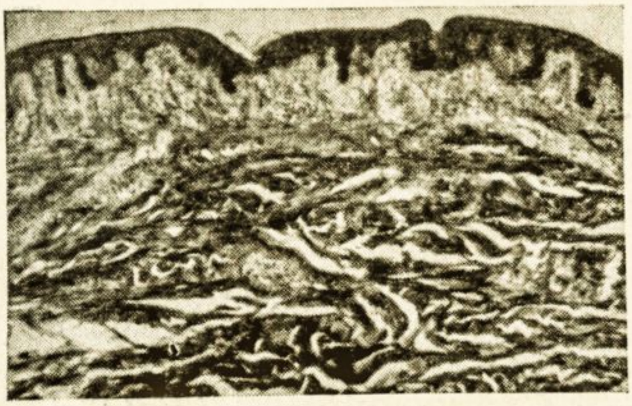
Str. granulosum tėra tik vienas plonutis (1—7 μ) plokščių celių sluoksnelis.

Str. lucidum taip pat plonutis (2—4 μ). Str. corneum irgi nestoras (18—23 μ). Taigi, čia suragėjimo procesas staigus.

Odos paviršiaus vageles sudaro viso epidermio, ties vagelėmis suplonėjusio, įlinkimai į dermą.

Kraujo indų subpapilinis tinklas silpnas.

13. Fossa poplitea vidurio odoje (13a atv.) plaukai ir riebalinės liaukos reti, bet nemaža yra prakaitinių liaukų. Dermos sluoksnis plonas (1 mm). Dermos jung. audinio skaidulės vingiuotos, puriai susitvarkiusios nestorais pluoštais, eina daugiausia lygiagrečiai su odos paviršiumi. Papiliniame sluoksnyje plonutės skaidulės sudaro tankų tiklą ir eina beveik statmenai į epidermį. Elastingos skaidulės plonos, bet jų tinklas ir dermoje ir papiliniame sluoksnyje gana tankus. Dermos gilumoje jos neturi vienos kurios vyraujančios krypties, prie papilinio sluoksnio dauguma eina lygiagrečiai su odos paviršiumi, daugiausia skersai galūnės išilginę ašį, o papiliniame sluoksnyje — nuožulniai į epidermį (19 atv.).

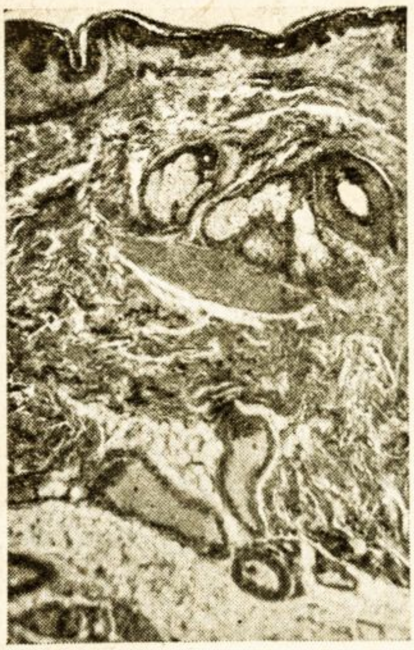


19 atv.

Papilinis sluoksnis plonas. Papilės retos, žemos. Papiliniame sluoksnyje nemaža celių, o giliau dermoje labai maža.

Epidermis plonas (55—64 μ). Str. cilindricum celės turi nemaža pigmento; ties papilių viršūnėmis mažiau negu ties papilių tarpais. Str. spinosum labai plonutis — 14—18 μ. Tarpceliniai tarpeliai 1—1,7 μ platumo. Str. granulosum tik vienas plokščių celių sluoksnelis (1—7 μ). Str. lucidum plonutis (0—2μ), o tarpais jo visai nematoma. Str. corneum, palyginti su viso tos vietos epidermio storumu, neplonas (16—20 μ).

Odos vageles sudaro viso, ties vagelės dugnu suplonėjusio, epidermio įlinkimai į papilinį sluoksnį. Kraujo indų subpapilinis tinklas čia tankesnis.



13a atv.



14a atv.

14. Glutejinės srities, ties tuber ischiadicum, odoje (14a atv.) plaukų, riebalinių ir prakaitinių liaukų maža. Dermos storas sluoksnis (2—2,5 mm) sudarytas iš storų jung. audinio skaidulių, neturinčių vienos kurios vyraujančios krypties. Einant iš dermos gilumos į epidermį skaidulės pamažu vis plonėja, ir taip lėčiau negu kitoje kurioje tirtoje odos vietoje derma pereina į papilinį sluoksnį. Be to, pereinant į papilinį sluoksnį čia ir skaidulių krypties pakitimų neįvyksta.

Elastingos skaidulės plonutės, jų maža. Dermos gilumoje jos neturi vienos kurios vyraujančios krypties; prie papilinio sluoksnio dauguma jų eina lygiagrečiai su odos paviršiumi; o papiliniame sluoksnyje vėl jų mažiau ir čia jos, susipindamos tinklu įvairia kryptimi, nuožulniai pasiekia epidermį.

Papilinis sluoksnis plonas, papilės žemos. Papiliniame sluoksnyje žymiai daugiau jung. audinio celių negu giliau dermoje.

Epidermis plonas (56—70 μ). Str. cilindricum celės turi visur pigmento; mažiau ties papilių viršūnėmis negu ties papilių tarpais. Str. spinosum (18—27 μ) celės retai telikusios daugiakampės, šiaip dažniausiai kiek suplokštėjusios: ties papilių viršūnėmis suplokštėjusios lygiagrečiai su epidermio paviršiumi, o tarp papilių — statmenai į epidermio paviršių. Tarpceliniai tarpeliai 0,8—1,2 μ platumo. Str. granulosum sudaro vienas plokščių celių sluoksnelis (3—9 μ). Str. lucidum plonas ir su pertraukomis (0—2,5 μ). Str. corneum (10—14 μ) plonas.

Odos paviršiaus vageles sudaro epidermio įlinkimai į dermą.

Kraujo indų hipoderminis ir subpapilinis tinklai gerai išsivystę.

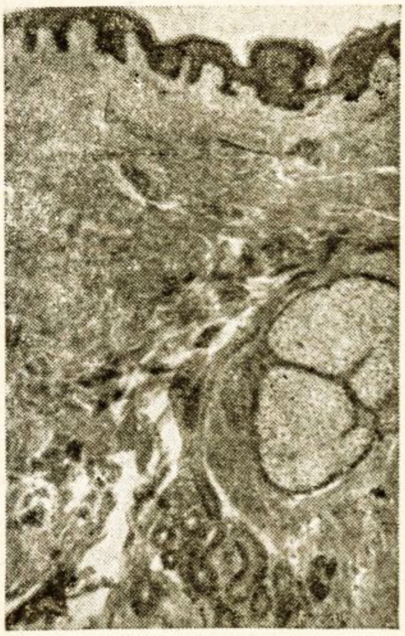
15. Nugaros, aštuntame tarpšonkaulyje, medialiai nuo kairiosios linea scapularis, odoje (15a atv.) plaukai, riebalinės ir prakaitinės liaukos reti.

Dermos sluoksnis storas (2—2,5 mm). Dermos jung. audinio skaidulės storos, mažai vingiuotos, susigrupavusios įvairaus storumo, kartais labai storais pluoštais. Dermos gilumoje skaidulės neturi vienos kurios vyraujančios krypties. Bet juo arčiau papilinio sluoksnio, juo daugiau skaidulių eina lygiagrečiai su odos paviršiumi. Perėjimas į papilinį sluoksnį lėtas: skaidulės pamažu vis plonesnės, jų tinklas tankesnis, daugiau celių. Ir papiliniame sluoksnyje dauguma skaidulių eina beveik lygiagrečiai su odos paviršiumi, labai nuožulniai pasiekdamos epidermio vidinį paviršių. Tik papilių viršūnėse skaidulių dauguma eina beveik statmenai į epidermį. Elastingų skaidulių maža, jos plonutės. Dermos gilumoje ir papiliniame sluoksnyje elastingos skaidulės visų krypčių, neturi vienos kurios vyraujančios krypties, o dermos paviršutinėje dalyje prie papilinio sluoksnio dauguma jų eina lygiagrečiai su odos paviršiumi. Papiliniame sluogsnyje daug jung. audinio celių. Pereinant iš papilinio sluoksnio į pačią dermą, celės tuojau vis rečiau sutinkamos ir dermos gilumoje jų labai maža. Be to, ir pačių fibroblastų forma kinta: papiliniame sluoksnyje jie daugiakampiai, atsišakojusiomis ataugomis, daug citoplazmos, neretai yra beveik apskritas, nedaug pailgas branduolys, o dermoje fibroblastai prisispaudę prie skaidulių ir jų pluoštų, įvairiai deformuoti, dažniausiai plokšti, ilgi, kiek trikampiai, plokščiu ar kiek trikampiu ilgu branduoliu, mažiau citoplazmos. Papilės žemos, bet tankios — greta viena kitos. Papilės labai nevienodo dydžio, pasiskirsčiusios be jokio taisyklingumo. Čia nėra delno odoje randamų papilių eilių, o todėl ir epidermis čia neturi nei cristae limitantes, nei cristae intermediae. Vien tik atskiras papiles apsupantieji epidermio kranteliai čia gal galima būtų vadinti cristae limitantes.

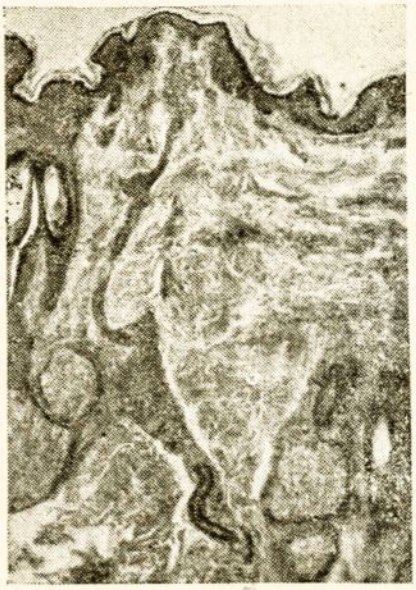
Epidermis plonas (45—56 μ). Str. cilindricum celės turi daug pigmento. Esant plonam epidermiui ir str. spinosum, aišku, plonas (12—21 μ), nes visi epidermio sustorėjimai ar suplonėjimai eina daugiausia šito sluoksnio sąskaiton. Tarpceliniai tarpeliai 1—1,4 μ platumo. Str. granulosum nėra ištisas sluoksnis, o tik atskiros plokščios celės, turinčios savyje keratohyalino grūdelių, prisiglaudusios prie str. spinosum paviršiaus (0—7 μ). Str. lucidum taip pat tarpais yra plonutis (0—2 μ), o tarpais visai jo nėra. Str. corneum irgi nestoras (8—12 μ).

Kraujo indų subpapilinis ir hipoderminis tinklai vidutiniškai išsivystę, palyginti su kitų odos vietų tokiais pačiais tinklais.

16. Kaklo dorzalinio paviršiaus, ties vidurine linija ir ties viduriu nuotolio tarp vertebra prominens ir kaukolės bazės,



15a atv.



16a atv.

odoje (16a atv.) daug plaukų ir riebalinių liaukų, o prakaitinių liaukų nedaug.

Derma neturi aiškios ribos su hipoderma. Dermos gilumoje skaidulės labai storos, susigrupavusios neretai storais pluoštais, o dermos paviršutinėje dalyje, prie papilinio sluoksnio, beveik iki pusės dermos storumo, skaidulės ir jų pluoštai plonesni. Visoje dermoje skaidulės eina daugiausia lygiagrečiai su odos paviršiumi, susikryžiuodamos tarp savęs pluoštais, ir tas skaidulių storų pluoštų susikryžiavimas čia taisyklingiausias, aiškiausias, kaip visur kitur šitame darbe tirtoje odoje. Elastingos skaidulės plonutės. Dermos gilumoje ir papiliniame sluoksnyje jų labai maža, ir čia jos neturi vienos kurios vyraujančios krypties. O dermos paviršutinėje pusėje prie papilinio sluoksnio daug elastingų skaidulių ir čia jos eina daugiausia lygiagrečiai su odos paviršiumi. Jung. audinio celių papiliniame sluoksnyje daug, o giliau, dermoje, labai maža. Papilės žemos, bet tankios.

Epidermis vidutinio storumo (60—70 μ). Str. cilindricum celės turi daug pigmento grūdelių. Str. spinosum (26—34 μ) celės tik ten, kur siauri tarppapiliniai tarpeliai ir prie str. granulosum, kiek plokščios, o šiaip visur daugiakampės. Tarpceliniai tarpeliai 1,4—1,8 μ platumo. Siauriausi tarpeliai ten, kur str. spinosum celės plokščios. Str. granulosum iš vieno plokščių celių sluoksnio (2—7 μ) be pertraukų. Str. lucidum plonas

(0—3 μ) ir su pertraukomis. Str. corneum vidutinio storumo (12—16 μ).

Kraujo indų hipoderminis tinklas yra gerai išsivystęs.

R e n a u t (6) (1897) pastebėjo, kad ties ta vieta, kur iš hipoderminio tinklo ateina indas į subpapilinį tinklą, yra gausesnės kraujotakos laukelis, o aplink šitą laukelį eina silpnesnės kraujotakos ratas. Tat ir paaiškina, kodėl odos kraujotakos sutrikimai visada pasireiškia laukeliais.

Be abejojimo, ir epidermio sluoksnių santykiui, kurį nulemia epidermio suragėjimo eiga, turi įtakos tos vietos odos vaskuliarizacija, kuri įvairiose odos vietose nevienoda. Ir patologiškais atvejais, kintant odos vaskuliarizacijos stoviui, kinta ir epidermio suragėjimo eiga (parakeratozė).

Oda yra lyg liauka, gyvai, glaudžiai, vispusiškai susijusi su visu organizmu. Odos germinatyvaus sluoksnio celės su jas apsupančiais plačiais tarpeliais gerai prieinamos organizmo skysčiams. Be to, jos gerai aprūpinamos iš čia pat papiliniame sluoksnyje esančių gausių kraujo kapiliarų. Tuo būdu papilinis sluoksnis epidermiui yra tas pats, kas liaukoms jų liaukines celes apsupantis jung. audinys su gausiais kraujo kapiliarais. Papilinio sluoksnio skaidulių vyraujanti kryptis eina nuožulniai į epidermį, o todėl viena — jos sieja epidermį su derma, o antra — tarp jų esą tarpeliai savo kryptimi lyg prisitaikę epidermio bazalinių celių tarpcelinių tarpelių krypčiai ir lyg sudaro jų tęsinį. Epidermio tarpceliniai tarpeliai eina iki suragėjančių sluoksnių, kur jie baigiasi. Epidermio suragėjantieji sluoksniai uždaro šituos tarpelius į išorę. Str. spinosum išorinis paviršius yra riba, iki kur gali ateiti skysčių apytaka tarpceliniais tarpeliais. Be to, čia yra riba tarp gyvosios epidermio dalies, str. germinativum, ir šitą gyvąją epidermio dalį nuo išorės įtakų saugojančių suragėjusių epidermio sluoksnių. Šitoje riboje kaip tik yra silpniausias epidermio sluoksnis — str. granulosum. Šitame sluoksnyje jau pranyksta tarpcelinės tonofibrilės, o dar celės nesuspėja tiek tvirtai tarp savęs sulipti, kaip sekančiame str. lucidum sluoksnyje. Be to, čia jau celės pradėjusios degeneruoti, suragėti, bet tas suragėjimas dar nepasiekęs tokio laipsnio, kad celei duotų tiek atsparumo, kiek jo turi sekančios str. lucidum celės.

Bendros išvados.

Sugretinę čia aprašytų atskirų odos vietų vaizdus, pastebime, kad dermos sluoksnis yra storiausias nugaros, sprando, sėdynės, krūtinės odoje, o ploniausias pakinkio, pažasties, kaklo odoje.

Riebalinių liaukų daugiausia viršugalvio, skruosto, lūpos, sprando odoje, o mažiausia ties kelio sąnario girnelės viduriu ir scrotum'o odoje.

Prakaitinių liaukų daugiausia pažasties, kirkšnies, kaklo odoje, o mažiausia scrotum'o, sėdynės, skruosto odoje. Pažasties, kirkšnies, pilvo odoje greta ekkrininių yra ir apokrininių prakaitinių liaukų.

Papilinis sluoksnis storiausias kaklo, krūtinės, pažasties odoje, o skruosto, lūpos odoje jo beveik nėra.

Taisyklė,—kad dermos paviršutiniame, papiliniame, sluoksnyje daugiausia celių, o giliau dermoje celės nyksta (B r a n c a, 1934), — nevisur išlaikoma. Kur papilinis sluoksnis sunykęs (skruostas, lūpa), ten visoje dermoje celių daug ir jos vienodai pasiskirsčiusios ir papiliniame sluoksnyje ir giliau dermoje. Bet kur papilinio sluoksnio papilės gerai pasireiškusios (kaklas, krūtinė ir daugelis kitų vietų), ten papiliniame sluoksnyje celių daug, o giliau dermoje celių labai maža. Iš celių papiliniame sluoksnyje daugiausia fibroblastų, rečiau leukocitų, lymfocitų, labai retai plazminių celių, histiocitų, melanoforų. Papilinio sluoksnio skaidulės visur plonutės, tankiu tinklu eina daugiausia nuožulniai į epidermį.

Dermoje jungiamojo audinio skaidulės storos, susigrupavusios įvairaus storumo pluoštais, jų kryptis įvairių vietų odoje labai skirtinga. Krūtinės, pilvo, sėdynės odos visoje dermoje iki papilinio sluoksnio skaidulės storos, neturi vienos kurios vyraujančios krypties. Ties kelio sąnario girnelės viduriu odos visoje dermoje skaidulės storos, storais pluoštais eina daugiausia nuožulniai iš dermos gilumos į papilinį sluoksnį. Pažasties odos visoje dermoje skaidulės plonos, neturi kurios nors vyraujančios krypties. Kaklo, kirkšnies, šlaunies, blauzdos, pakinkio srities odos visoje dermoje iki papilinio sluoksnio skaidulės storos, vingiuotos, daugiausia eina lygiagrečiai su odos paviršiumi. Lūpos, skruosto odos dermos gilumoje skaidulės įvairių krypčių, o dermos paviršutinėje dalyje, prie papilinio sluoksnio, skaidulės plonesnės ir daugiausia eina lygiagrečiai su odos paviršiumi. Viršugalvio, sprando, nugaros odoje dermos išorinėje dalyje, prie papilinio sluoksnio, dauguma skaidulių eina lygiagrečiai su odos paviršiumi; tačiau dermos gilumoje viršugalvio odoje dauguma skaidulių eina beveik statmenai į epidermį, sprando odoje — lygiagrečiai su odos paviršiumi, o nugaros odoje — neturi vienos kurios vyraujančios krypties. Scrotum'o odoje dermos paviršutinėje dalyje skaidulės lygiagretės su odos paviršiumi, o dermos gilumoje nėra vienos kurios vyraujančios krypties.

Elastingų skaidulių kiekis ir kryptis įvairių vietų odos dermoje taip pat labai skirtingi. Daugiausia elastingų skaidulių turi skruosto ir lūpos odos išoriniai dermos sluoksniai. Skruosto odoje jos išsiraičiusios, lyg garbanotos, o lūpos odoje

neišsiraičiusios ir eina daugiausia cirkuliariai aplink burnos angą. Skruosto odos dermos gilumoje elastingų skaidulių yra tankus tinklas, o lūpos odoje čia jų maža. Mažiausia elastingų skaidulių turi scrotum'o oda. Papiliniame sluoksnyje visur elastingos skaidulės plonesnės, jų čia mažiau negu giliau dermoje, ir jos čia eina įvairia kryptimi nuožulniai į epidermio vidinį paviršių (19 atv.). Dermos išorinėje dalyje, prie papilinio sluoksnio, beveik visur elastingų skaidulių daugiausia ir dauguma jų čia eina lygiagrečiai su odos paviršiumi. Dermos gilumoje beveik visur elastingų skaidulių mažiau ir jos ten neturi vienos kurios vyraujančios krypties. Bet pažasties, kirkšnies, šlaunies dermos gilumoje beveik tiek pat elastingų skaidulių kaip ir dermos išorinėje dalyje, ir jos čia tos pačios krypties — dauguma eina lygiagrečiai su odos paviršiumi.

Dermos elastingų skaidulių pagrindinė, vyraujanti, kryptis dažnai nesutampa su tos pačios vietos jungiamojo audinio (kolageninių) skaidulių pagrindine kryptimi (skruosto, lūpos, krūtinės, pažasties, ties kelio sąnario girnelės viduriu, sėdynės srities odoje). Elastingos skaidulės ir jung. audinio kolageninės skaidulės turi dermoje savo nuosavas pagrindines kryptis. Reikia manyti, kad dermos skaidulių susitvarkymas, jų kryptis, turi įtakos ne tik odos atsparumui, bet ir skysčių apykaitai, nes tarpskaiduliniai plyšeliai yra audinių lymfos keliai.

Išskyrus lūpos skruosto ir viršugalvio odą, visur kitur dermoje celių labai maža. Celės čia, dermos gilumoje, beveik vien tik fibroblastai, plokščios, trikampės, verpstės formos, prisiglaudusios prie skaidulių. Dermoje iki papilinio sluoksnio nėra kraujo kapiliarų, išskiriant scrotum'o odą, kur kraujo kapiliarai supa dermos lygiuosius raumenis — tunica dartos. Skruosto, lūpos odoje yra stiprus kraujo indų subpapilinis tinklas, o menkas hipoderminis tinklas. Pažasties, sprando, ties kelio sąnario girnelės viduriu odoje yra stiprus hipoderminis kraujo indų tinklas.

Epidermį su derma sieja plaukai, papilinio sluoksnio papilių įsiterpimai į epidermį, odos liaukų išvedamieji latakai, nervai ir dermos skaidulės, kurios savo galais prisitvirtina prie epidermio bazalinių celių. Dermos su epidermiu kontakte epidermio bazalinės, str. cilindricum, celės savo bazėje turi išsikišimus, lyg kojytes, kurias apsupa papilinio sluoksnio paviršutinis tankus plonų skaidulių tinklas. Dermos skaidulės įsiterpia ir į bazalinių epidermio celių tarpus, prisiglausdamos prie celių bazės šonų ir ten prisitvirtindamos.

Epidermio storumo atžvilgiu šitame darbe tirtos odos vietos eina šitokia eile: ties kelio sąnario girnelės viduriu, lūpos, skruosto, kaklo, pilvo, šlaunies, sprando, blauzdos, sėdynės, krūtinės, pakinkio, viršugalvio, kirkšnies, nugaros oda. Sto-

riausias epidermis ties kelio sąnario girnelės viduriu, ploniausias nugaros odoje. Tiesa, storas epidermis rastas ir scrotum'o odoje, bet čia dermos lygiųjų raumenų įtakoje labai svyruoja odos, drauge su epidermiu, įtempimas, o to išvadoje labai svyruojantis ir epidermio storumas toje pačioje vietoje. Kur epidermis storas, ten epidermio germinatyvinio sluoksnio (str. cilindricum ir str. spinosum) perėjimas į suragėjusį sluoksnį, suragėjimas, lėtas, o kur epidermis plonas, ten šitas perėjimas staigus.

Bazaliniame epidermio sluoksnyje, str. cilindricum, pigmento daugiausia yra sprando, nugaros, scrotum'o odoje, mažiau — skruosto, lūpos, kaklo, pilvo, blauzdos, pakinkio odoje; mažiausia pigmento turi krūtinės, pažasties, kirkšnies, šlaunies, ties kelio sąnario girnelės viduriu oda. O viršugalvio odoje str. cilindricum visai neturi pigmento. Ten, kur vidinis epidermio paviršius lygus, beveik nėra papilių, pigmentas lygiai pasiskirstęs visame str. cilindricum (skruosto, lūpos oda); o kur yra papilės, ten str. cilindricum celėse yra daug pigmento ties papilių tarpais, bet maža pigmento ties papilių viršūnėmis (pažasties, scrotum'o, pakinkio, lūpos, pereinamosios dalies oda). Ar čia turi įtakos nevienodas celių nuotolis nuo epidermio paviršiaus, ar kas kita, neaišku.

Epidermio str. spinosum storumas ne visur seka viso epidermio storumą. Nors epidermio sustorėjimas arba suplonėjimas eina daugiausia str. spinosum sąskaiton, bet epidermiui priklauso ir str. corneum, kurs taip pat savo storumu, einant iš vienos odos vietos į kitą, svyruoja nepareinamai nuo str. spinosum storumo svyravimų. Str. spinosum storumo atžvilgiu šitame darbe tirtos odos vietos seka šitokia eile: skruosto, lūpos, sprando, ties kelio sąnario girnelės viduriu, pažasties, kirkšnio, pilvo, sėdynės, blauzdos, krūtinės, viršugalvio, šlaunies vidinės pusės, nugaros, pakinkio oda. Plačiausi tarpceliniai tarpeliai sprando ir lūpos odoje, siauriausi — pilvo, kirkšnies, pažasties odoje. Tarpcelinių tarpelių platumas įvairiose odos vietose įvairus. Be to, toje pačioje odos vietoje, kur str. spinosum celės daugiakampės, ten tarpeliai platesni, o kur str. spinosum celės vienaip ar kitaip suplokštėjusios, ten tarp jų esą tarpceliniai tarpeliai siauresni. Plačiausi tarpceliniai tarpeliai yra str. spinosum viduryje, siauriausi prie str. granulosum, kur jie pamažu nyksta. Tarpceliniai tarpeliai sudaro 0,1—0,2 gretimų jiems celių diametro. Tai palyginti platūs tarpai, užpildyti tarpcelinių skysčių ir statmenai į celių ribas išvarstyti tonofibrilėmis. Reikia manyti, kad tonofibrilės palaiko celių tarpusavį tvirtą, glaudų, sąsyjį, daro celes atsparesnes mechaniškai įtakai ir palaiko plačių tarpcelinių tarpelių formą. Vieno-

dai apdirbtus preparatus akylai sekant matoma, kad tonofibrilės epidermio germinatyviniame sluoksnyje yra vienodai pasiskirsčiusios visose odos vietose. Tik iš pirmo įspūdžio jos ryškiau matomos ten, kur tarpceliniai tarpeliai platesni. Tonofibrilių tarpusavis nuotolis įvairių odos vietų tarpceliniuose tarpeliuose taip pat neturi nieko skirtingo. Visur tonofibrilės tarpceliniuose tarpeliuose, ties viduriu nuotolio nuo vienos celės iki kitos, turi aiškius sustorėjimus, lyg mazgelius (Ranvier mazgeliai).

Str. granulosum ir str. lucidum yra storiausi ten, kur ir visas epidermis storiausias. O kur epidermis plonas, suragėjimo procesas staigus, ten šitie du sluoksniai labai plonučiai, kartais net su mažomis pertraukomis (kaklo, nugaros odoje).

Stratum corneum storumo atžvilgiu šitame darbe tirtose odos vietose eina šitokia eile: ties kelio sąnario girnelės viduriu, šlaunies, pilvo, blauzdos, pakinkio, krūtinės, kaklo, lūpos, sprando, pažasties, viršugalvio, sėdynės srities, nugaros, kirkšnies, scrotum'o, skruosto oda. Storiausias str. corneum ties kelio sąnario girnelės viduriu esančioje odoje, ploniausias — skruosto odoje.

Nors dažnai rašoma (B r a n c a, 1934, A. J o s e p h, 1931), kad tarp papilių ir jų grupių ar eilių įeina epidermio kranteliai, kuriuos odos paviršiuje atitinka vagelės, sudarančios odos paviršiaus reljefą, bet iš tikrųjų odos paviršiaus vagelės nevisur atitinka tarp papilių įeinančius epidermio krantelius. Odos paviršiaus vagelės yra ir ten, kur epidermio vidiniame paviršiuje papilių visai nėra. Viršugalvio, skruosto, lūpos, kaklo, scrotum'o odoje giliosios odos paviršiaus vagelės yra viso epidermio įlinkimai, o visa daugybė mažųjų vagelių čia yra vien staigūs toje vietoje epidermio suplonėjimai. Kitose tirtose odos vietose visos vagelės yra didesni ar mažesni viso epidermio įlinkimai į dermą. Visose tirtose odos vietose ties vagelėmis epidermis plonesnis, jo suragėjimo eiga staigesnė. Visur šitame darbe tirtose odos vietose papilinio sluoksnio papilės neturi taip taisyklingo susitvarkymo kaip delno ir pado odoje; jos čia išsimėčiusios, čia pavieniui, čia grupelėmis be jokios sistemos. O todėl tarpuose odos paviršiaus vagelių, ties laukeliais, toje pačioje odos vietoje, priklausomai nuo odos paviršiaus laukelio didumo, kai kur galima rasti keletas papilių, kai kur viena, o kai kur nė vienos nėra. Kur storesnis str. corneum, ten ir odos paviršiaus vagelės labiau išsivysčiusios. Ties kelio sąnario girnelės viduriu str. corneum storiausias ir odos paviršiaus vagelių sistema sudėtingiausia, o skruosto odoje str. corneum ploniausias ir odos paviršiaus vagelės silpniausios.

LITERATŪRA

1. Branca A. et Verne J.: „Précis d'histologie". 328—360 p., Masson, Paris, 1934.
2. Calleja C.: „Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie". Bd. 15, 322—324 p., 1898.
3. Hoepke H.: Handbuch der mikroskop. Anat. des Menschen H. v. W. v. Möllendorff. Bd. 3, t. 1, p. 1—100, 1927.
4. Joseph A.: „Neue deutsche Klinik", Bd. 4 ir Bd. 8, 1931.
5. Pinkus F.: Handb. d. Haut- und Geschlechtskr. Bd. 1, t. 1, 1—368 p., 1927.
6. Policard A.: „Précis d'histologie physiologique", 1934 m., 613—661 p., Doin et C-ie, Paris.
7. Romeis B.: Taschenbuch der mikroskopischen Technik. 1932 m., 632—645 p.
8. Schaffer J.: Lehrbuch der Histologie und Histogenese. 1933 m., 333—343 p.
9. Schiefferdecker P.: „Archiv f. mikroskopische Anatomie", 1921 m., Bd. 95, 134—185 p.
10. Spalteholz W.: Handb. d. Haut- und Geschlechtskr. Bd. 1, t. 1, 379—430 p., 1927.

Kiti darbe minimi autoriai cituojami iš tekste prie jų skaitline pažymėtų čia pridėto literatūros sąrašo veikalų.

ZUSAMMENFASSUNG.

Behandelt werden die Unterschiede in der Struktur der menschlichen Haut an einigen Stellen der Oberfläche des Körpers.

Zum Untersuchung gelangte die Haut des Scheitels (Abb. 1—1a) des Gesichtes (Abb. 2—2a) der oberen Lippe (Abb. 3—3a), der ventralen Seite des Halses (Abb. 4—4a), der Brust (Abb. 5—5a), der Achselhöhle (Abb. 6—6a), des Bauches (Abb. 7—7a), der Leistenbeuge (Abb. 8—8a), des Hodensackes (Abb. 9—9a), der medialen Seite des Oberschenkels (Abb. 10—10a), der Gegend der Kniescheibe (Abb. 11—11a), der dorsalen Seite des Unterschenkels (Abb. 12—12a), der Kniekehle (Abb. 13—13a), der Gesässgegend (Abb. 14—14a), des Rückens (Abb. 15—15a) und der dorsalen Seite des Halses des Menschen (Abb. 16—16a).

Es wurde gefunden, dass an den untersuchten Hautstellen die Hautdrüsen sehr verschieden verteilt sind.

Wo die Unterfläche der Epidermis mehr glatt ist und die Papillen sehr schwach ausgebildet (Gesicht, Lippe), dort befindet sich viele Bindegewebszellen nicht nur in der Papillarschicht, sondern auch im ganzen Corium.

Die Richtung der Bindegewebsfasern des Coriums an den verschiedenen Hautstellen ist auch verschieden. Die Richtung der elastischen Fasern des Coriums an derselben Hautstelle ist nicht immer dieselbe, wie die der kollagenen Fasern. Sehr oft haben die elastische Fasern ihre eigene Richtung (Abb. 19).

In der Oberfläche der Papillarschicht befindet sich ein dünnes und dichtes Netz von sehr dünnen Bindegewebsfasern. Diese Fasern umgeben die Wurzelfüsschen (Abb. 17) der Basalzellen der Epidermis, gehen auch eine sehr kurze Strecke zwischen diesen Zellen und kleben sich an die Seiten der Basis dieser Zellen.

Die Dicke der Epidermis an den verschiedenen hier untersuchten Hautstellen ist sehr verschieden, wie auch der Pigmentgehalt in den Basalzellen der Epidermis. In den Basalzellen der Epidermis der Scheitelhaut wurde kein Pigment gefunden. Wo die Innenfläche der Epidermis mehr

glatt, die Papillen sehr schwach, dort ist das Pigment in allen Basalzellen der Epidermis gleich verteilt.

Aber wo die Papillen grösser, und näher bei einander sind, dort haben die Basalzellen der Epidermis, die zwischen den Papillen sind, mehr Pigment als die, die sich an der Scheitel der Papille befinden.

Die Interzellularlücken zwischen den Zellen des Stratum germinativum der Epidermis sind auch von verschiedener Breite an den verschiedenen Hautstellen. Ihre Breite beträgt 0,1—0,2. Teil des Durchmessers der nebenstehenden Zellen. Die Tonofibrillen, die durch Interzellularlücken durchlaufen, haben überall die Ranvierschen Knötchen (Abb. 18).

Wo die Epidermis sehr dünn, dort ist das Stratum lucidum, manchmal auch das Stratum granulosum, keine kontinuierliche Schicht, sondern mit Unterbrechungen.

Die das Oberflächenrelief der Haut bildenden Furchen befinden sich an vielen Stellen der Haut nicht nur vor den Leisten der Epidermis, die zwischen den Papillen hineinragen. Die Furchen befinden sich auch dort, wo es keine Papille gibt. Die Furchen sind die Einsenkungen der Epidermis. Aber an einigen hier untersuchten Stellen der Haut sind viele sehr kleine Furchen nur scharfe lokale Verdünnung der Epidermis. Sehr kompliziertes Hautoberflächenrelief befindet sich in der Gegend der Kniescheibe, wo es primäre, sekundäre und tertiäre Furchen gibt, die alle nur Einsenkungen der Epidermis sind.

ATVAIZDAI.

1—16 atvaizdai — tomis pačiomis skaitlinėmis aprašyme pažymėtų vietų odos paviršiaus vaizdai. Padidinimas 9.

1a—16a atvaizdai — tų pačių vietų odos pjūviai, dažyti molybdenhematoksilinu — safrosinu. Padidinimas 42.

17 atvaizdas. Bazalinių epidermio celių bazalinės kojytės ir jų sąsyjis su derma. Dažymas — molybdenhematoksilinu + pikrofuchsinu. Padidinimas 280.

18 atvaizdas. Epidermio germinatyvinio sluoksnio tarpceliniai tarpeliai ir per juos einančios tonofibrilės su Ranvier mazgeliais. Dažymas — azan. Padidinimas 1000.

19 atvaizdas. Elastingų skaidulių pasiskirstymas dermoje ir papiliniame sluoksnyje. Dažymas — orcein haemalaun. Padidinimas 42.

ABBILDUNGEN.

Abbildung 1—16 — das Oberflächenrelief der hier Untersuchten Hautstellen. Vergrösserung 9.

Abb. 1a—16a die Schnitte derselben Hautstellen. Molybdänhaematoxylin — Safrosin. Vergröss. 42.

Abb. 17. Die Wurzelfüsschen der Epidermis. Molybdänhaematox — Picrofuchsin. Vergr. 280.

Abb. 18. Interzellularlücken der Epidermis mit Tonofibrillen und deren Knötchen. Azan. Vergr. 1000.

Abb. 19. Die elastischen Fasern des Coriums. Orcein-Haemalaun. Vergr. 42.

D-ras A. Pikas,
Šiaulių miesto ligoninės
ordinatorius.

Keletas pastabų apie vidurių šiltinę*)

Senoji Luis'o, Trousseau, Murchison'o ir kt. nuomonė apie vidurių šiltinę, kaip apie vietinį žarnų susirgimą, jau seniai priklauso istorijai. Atradus Ebert'o bacilą (1880 m.) ir nustačius šito specifiško ligos sukėlėjo buvimą kraujyje ir kaulų smegenyse jau pirmųjų ligos simptomų pasirodymo metu, darėsi vis aiškiau, kad vidurių šiltinė yra ne kas kita, kaip Ebert'o bacilų septikemija.

Tačiau, jei vidurių šiltinės etiologija dabartiniais laikais jokių abejojimų nekelia ir yra visiškai išaiškinta, tai to paties anaiptol negalima tvirtinti apie šitos ligos patogenezę, kuri dar iki šiol nėra galutinai išnagrinėta.

Ne tik apie ligos sukėlėjo išsiplatinimo po visą kūną etapus ir jo veikimo būdus, bet ir apie jo įsibrovimo į organizmą vietą (porte d'entrée) yra įvairių, tarp savęs nesutinkančių, nuomonių. Pakanka nurodyti, pvz., kad yra ir autorių, kurie tvirtina, jog Ebert'o bacilai patenką į kūną pro tonsiles. Bet pastaruoju laiku dominuoja ši pažiūra, kaip daugelio bandymų su laboratoriniais gyvuliais rezultatas.

Kai tik Ebert'o bacilai patenka su maistu ar gėralais į žarnas, jie pereina iš ten į mesenterium'o ganglijas ir pradeda tenai daugintis. Šitas infekcinis procesas yra inkubacijos latentinė stadija. Iš ganglijų pro lymfinę sistemą bacilai patenka į kraujo apytaką, ir tuo būdu prasideda septikemija ir su ja įvairūs ligos simptomai, kas vadinama antrąja — invazijos stadija. Po to prasideda 3-iasis faktorius: centrinės nervų sistemos ir n. splanchnicus, pilvo vegetacinės sistemos dalies, impregnacija Ebert'o bacilų toksinais, kurie turi ypatingos predilekcijos prie šitų nervų, ir tada prasideda 3-ioji stadija: „status typhosus" ir žarnų sužalojimai. Reikia ypatingai pabrėžti, kad nervus splanchnicus turi didelės reikšmės žarnų ir kapiliarų sienelių tonus'ui. Taigi, kai šitas nervas stipriai užgautas toksinų, žarnų ir kapiliarų sienelės pasidaro trapios ir gležnos; Peyer'o plokštelės tinsta, nekrozuoja ir ulceruoja, o žarnų trapūs indai duoda kraujoplūdžius (o ne žaizdų randų atsiskyrimus, kaip buvo klasiškai manoma).

Ebert'o bacilai, fiksuodamiesi įvariuose organuose, be kita ko, sukelia ypač žarnose, blužnyje ir kepenyse labai stiprią retikulo-endotelinės sistemos reakciją, kas vaidina didelį vaidmenį ligos eigoje.

---

*) Referatas, skaitytas Šiaulių Medicinos Draugijoje.

Pradedant nuo praeito šimtmečio 70-ųjų metų, kai Conheim atidengė leukocitų „diapedesis“, t. y. emigraciją, pro indų sieneles, uždegimo, infekcijos ir kt. atvejais, daug tyrinėtojų, norėdami susekti narvelių ir jų maitinamos medžiagos kelionę organizme, suleisdavo į kraują įvairių dažų ir „cinabario“, ir jie pastebėjo, kad šitie dažai susirenka stambių grūdelių pavidalu tam tikruose narveliuose, kurių daug ypač jeknose, blužnyje, kaulų smegenyse, lymfiniuose mazguose, endotelium'e ir jungiamajame audinyje. Toliau buvo nurodyta, kad šitų narvelių dauguma absorbuoja ne tik dažus, bet ir koloidus, bakterijas, mirusių eritrocitų ir tarpinės apykaitos produktų (hemosiderino, taukų, tulžies pigmentų) daleles. Žodžiu, šitie narveliai atitinka Mečnikov'o makrofagus ir dalyvauja fagocitozėje. 1913 m. Aschof ir Landau, pasirėmę pirmykščiais mokslininkų darbais ir savo pačių tyrimais, priėjo išvadą, kad organizme yra ištisa tam tikrų narvelių sistema, ištisas aparatas, kurio funkcija yra įvairių medžiagų absorbcija, perdirbimas, išskyrimas ir kenksmingų įsibrovėlių pašalinimas iš organizmo. Kadangi šitie narveliai yra ypač kraujo gaminamųjų organų griaučiuose reticulum'o ir syncytium'o pavidalu, taip pat endotelium'e, išklojančiame minėtų organų sinusus ir kapiliarus, todėl šitas aparatas vadinamas retikulo-endoteliniu. Šito aparato narveliai, kaip jau sakyta, labai didėja ir dauginasi typhus abdominalis atveju minėtuose organuose ir ypač žarnų gleivinėje ir vadinamose Peyer'o plokštelėse. Normaliose formose jie, tarytum, užkerta kelią daugybei bacilų, kurie tarp jų nepaprastai daugėja, ir tik maža, palyginti, jų dalis įsiskverbia į kraują, bet nenormalių formų ir sumažėjusios alergijos atvejais daugybė jų lokalizuojasi įvairiuose organuose, silpnindami jų atsparumą antrinių infekcijų įsibrovimui ir dažnai sudarydami įvairių komplikacijų. Tuo būdu vidurių šiltinė yra lydima įvairių netikėtumų, ypač masyvių infekcijų ir ypatingos bacilų virulencijos atsitikimų, ir yra, kaip ją vykusiai apibūdina prof. Vincent, tikra „liga su siurprizais par excellence“.

Šito straipsnio tikslas yra pabrėžti keletą tokių siurprizų ir ypatybių, kas nepakankamai traktuojama klasiškoje literatūroje.

1. Retkarčiais tenka būti šitokio fakto liudytoju. Ligos eiga, simptomai ir visas vaizdas rodo, kad turime reikalo su vidurių šiltine, o Widal'io reakcija, kartotinai tiriama, gaunama neigiama. Mūsų skyriuje mirė vienas ligonis, turėjęs įvairių vidurių šiltinės simptomų, del „haemorrhagia intestinalis“, o Widal'io r. buvo neigiama po 2 savaičių susirgus. Taip pat vienai moteriškei, kuri ilgai karščiavo mūsų skyriuje, neduodama jokių objektyvių duomenų ir kurios Widal'io reakcija buvo 2 kar-

tus neigiama, pasirodė, be kitų šiltinės simptomų, parotitis, ir po kai kurio laiko prasidėjo lysis, ir ligonė pasveiko.

Pastarųjų laikų tyrimai bakteriologijos srityje tinkamai nušviečia šitą reiškinį.

W e i l, F e l i x ir jų bendradarbiai, tirdami pradedant nuo 1915 m. mikrobų grupę, kuri pagal naują terminologiją vadinama „salmonella" ir kurią sudaro, be proteus X 19 (serodiagnozės typhus exanthematicus atveju dalyvio) ir Ebert'o, dar paratifo A, B ir C bacilai, — rado, kad visi šitie mikrobai turi struktūrą, kurioje kombinuojasi įvairiais būdais šie 3 elementai: kūnas, botagėliai („cilia") ir apvalkalas. Kitaip tariant, tyrinėtojai rado, kad Ebert'o bacilų, kaip ir paratifo, yra keletas rūšių, būtent: mikrobai, sudaryti tik iš kūno; mikrobai, sudaryti iš kūno ir botagėlių, ir mikrobai, turintieji kūną ir apvalkalą su botagėliais arba be jų. Šitie trys elementai yra atskiri antigenai, ir, įskiepyti gyvuliams, sukelia atitinkamai tris specifiškus antikūnius — agliutininus: kūno antigenas vadinasi O ir jo agliutininas — anti-O; botagėlių antigenas — H ir jo agliutininas — anti-H, ir apvalkalo antigenas — Vi ir jo antikūnis—anti-Vi. Įsivaizduokime dabar, kad ligonis yra užsikrėtęs Ebert'o O-bacilais; tada jo serume atsiranda specifiškas anti-O antikūnis, kuris neagliutinuoja kitų antigenų, be O. Jeigu del serodiagnostikos imsime, pvz., H kultūrą, tai agliutinacijos nepasidarys, ir ligonis, turįs Ebert'o bacilų, duos tada neigiamą Widal'io reakciją. Panašiu būdu, jeigu del to paties ligonio su anti-O agliutininu kraujyje imsime O + Vi kultūrą (kūnas su apvalkalu) serodiagnostikai, tai Widal'io reakcija vėl bus neigiama.

Šitie tyrimai įrodė, kad reakcija, kuri naudojasi mūsų besąlyginiu pasitikėjimu, retais iš tiesų atsitikimais jo nenusipelno. Teigiama reakcija galima visada pasitikėti, bet neigiama — nevisada. Taip pat profilaktinis serumo įskiepijimas kartais gali taip pat neduoti imuniteto vid. šiltinės atžvilgiu. Mokslininkai duoda įvairių patarimų, kaip būtų galima išvengti šitų klaidų, bet tat reikšminga tik tam tikroms laboratorijoms, todėl mes apie tai daugiau nekalbėsime.

2. Į ligoninę buvo atgabentas ligonis, dešimtą dieną turįs būdingus vidurių šiltinės simptomus, k. a.: epistaxis, diarrhoea, roseola, bronchitis diffusa be skreplių, t^0 apie 40^0, pagaliau Widal'io teigiama reakcija (neapčiuopiama blužnis). Ligos eiga be ypatingų komplikacijų. 35-tą dieną stabilizuojasi po lysis'o normali temperatūra; liguisti reiškiniai pranyksta, savijauta gera; atsiranda apetitas. Taip trunka 3 dienas. Šitas ligonis turėjo giminaitį gydytoją, kuris, mano leistas, lankydavo ligonį beveik kasdien. Ketvirtą normalios temperatūros dieną, 19-tą valandą, atseit 2 val. po mano vakarinės vizi-

tacijos, atskubėjo į mano namus gydytojas, lydimas ligonio brolio; abu labai susijaudinę, ir prašo tučtuojau vykti į ligoninę ir apžiūrėti ligonį, nes jam darosi kažkas nepaprasta. Atvykęs į ligoninę, aš iš tikrųjų radau, kad ligonio temperatūra 40° su viršum ir kad jį krečia šaltis, jog jis lovoje vos beišsilaiko. Šalčio krėtimas truko apie valandą, po to ligonis pajuto didelį karštį ir pradėjo labai prakaituoti. Prakaitas truko, kaip paaiškėjo paskui, visą naktį ir taip, kad teko keletą kartų keisti baltiniai. Ligonio anamnezė rodė, kad jis nebuvo gyvenęs srityse, kuriose siautė maliarija, kad nei jis, nei jo artimieji niekuomet nebuvo sirgę šita liga; blužnis ir jeknos nebuvo padidėjusios, kraujyje ir šlapimuose nieko įtartina nerasta. Cholecystitis, pyelonephritis ir kt. ūminių infekcijų žymių nebuvo. Vokiečių ir rusų literatūroje apie šitokius atsitikimus beveik nieko nėra parašyta; francūzų literatūroje tokie maliarijos tipo priepuoliai vidaus šiltinės konvalescencijos atsitikimais aprašyti, ir man pačiam teko keletą kartų būti tokių priepuolių liudytoju, ir šitie priepuoliai, priešingai, yra geros ligos pabaigos ir visiško pasveikimo ženklas. Kalbamas ligonis antrą dieną įgavo normalią temperatūrą, ir pasveiko.

Gydytojai C a u s s a d e et L e R a s l e, pasirėmę kelių ligonių stebėjimais (ligos istorijomis), prieina šias išvadas („La Presse mèdicale“ 1924 m.):

a) Maliarijos tipo priepuoliai pasirodo apskritai defervescencijos atveju; kartais jie sutampa su „amphibol-stadium“ ir kartais po recidyvo; dažnai šitie priepuoliai anonsuoja konvalescenciją;

b) priepuoliai gali būti vieninteliai arba kartotiniai: 5—6 kartus; dažniau kiekvieną dieną, o kartais su 4—5 dienų protarpiais. Šituo atveju diferencinė diagnozė su febris melitensis, be serodiagnostikos, padaroma ir kliniškai: febris melitensis atveju ūmi pradžia priepuoliais; nėra nei bronchito, nei diarrhoea, nei rozeolės; tvinksnis ir temperatūra atitinkami ir t. t.;

c) priepuolių formulė pastovi: šalčio krėtimas (nuo ¼ val. iki kelių valandų); temperatūros pakilimas (1—24 val.) iki 39°—42°!; prakaitavimas ir hipotermija.

„N. Deutsche Med. Kl.“ ir „Didžioji Sovietų Enciklopedija“ apie panašius pseudomaliarinius priepuolius nieko nerašo. Atvirkščiai, Enciklopedija pabrėžia, kad vidurių šiltinės atveju defervescencijos metu gali būti ūmūs temperatūros pakilimai, b e t b e š a l č i o k r ė t i m o.

Šitie atsitikimai verti gydytojų dėmesio: jie nieko bendra neturi su sena „typho-malaria“, kuri greičiau tolygi „febris melitensis“. Šitų reiškinių patogenezė ši: bacilai, kurie konvalescencijos atveju išvengė fagocitozės ir „lizinų“ veikimo, laikinai dar išlaiko ir virulentingumą.

3. Prieš keletą metų siautė maža vidurių šiltinės epidemija viename miestelyje netoli Šiaulių. Priežastis buvo šulinio užteršimas. Tarp ligonių, atgabentų į ligoninę, buvo viena jauna mergaitė, kuri vietoje rozeolės turėjo tikrą „purpura" beveik visame kūne. Šitai ligonei vėliau pasidarė „haemorrhagia intestinalis". Šitas atsitikimas iš dalies patvirtina Emilio W e i l'io nuomonę, kad „haemorrhagia intestinalis" būna ypač tiems ligoniams, kurie turi palinkimą į „diathesis sanguinis". Jis pataria ypatingą atsargumą ir profilaktines priemones ligoniams, kurie mažų traumų arba įšvirkštimo atsitikimais turi dideles mėlynes, arba turi gausias mėnesines ir t. t. Šitokiems ligoniams reikia kartotinai įšvirkšti sveiko žmogaus kraujo (20 cm. po oda, 300,0 intra venam), duoti C- ir A-vitaminų (A-vitaminas stiprina indų sieneles, turinčias didelės reikšmės kraujoplūdžių iš žarnų atveju).

4. Kartais būna, kad typhus abdominalis simptomai prasideda skausmais aklosios žarnos srityje. Į mūsų chirurgijos skyrių buvo atsiųstas 16 metų berniukas, turėjęs didelius skausmus Mac Burney'o taške, apendektomijos operacijai. Ištyrus kraują, buvo rasta stebėtina leukopenija. Ligonis ir karščiavo perdaug. Vėliau Widal'io reakcija buvo gauta teigiama, ir šitas ligonis persirgo normalią vidurių šiltinę.

5. Berniukas, 13 metų amžiaus, buvo operuotas mūsų ligoninėje del apendicito. Buvo rasta visai gangrenavusi akloji žarna. Praėjus kelioms dienoms po operacijos, pakilo temperatūra ir palengva pasiekė 39°. T°-ra laikėsi, nors žaizda gijo per primam. Staiga ligoniui pasirodė gausus išbėrimas visame kūne, net veide ir už ausų. Išbėrimas buvo beveik papulių pavidalo. Vienas iš kolegų prileido, kad tat bus netipiški tymai, bet nebuvo nei konjunktivitis, nei slogos, nei jokio proceso plaučiuose, nei Koplik'o dėmių. Kraujas davė paskui teigiamą Widal'io reakciją, ir ligonio paratyphus, kuris pasižymi dažniau gausiu išbėrimu, praėjo visai normaliai.

Abidvi ligos, savaime suprantama, gali kartais sutapti.

6. Į ligoninę buvo atgabentas ligonis, 39 metų amžiaus, kuris sirgo namuose kelias savaites. Ligonis buvo labai išblyškęs, suliesėjęs, su svyruojančia temperatūra, tarp 37°—39°. Be to, ligonis labai daug skrepliavo, ir jo skrepliai buvo tikrai „sputum nummulosum". Reikia dar pažymėti, kad ligonis turėjo gerą apetitą, kas, kaip žinoma, būna kartais džiovininkams turintiems aukštą t°. Žodžiu, visa ligonio išvaizda, kaip ir jo plaučių auskultacija ir perkusija, rodė, kad ligonis serga džiovos paskutine stadija. Kadangi ligonis reikalavo valgyti ir virškinamųjų organų trūkumų nebuvo, o, antra vertus, manydamas, kad džiovininkui valgis nepakenks ir jam nuo jo vis tiek blogiau nepasidarys, aš daviau parėdymą duoti ligoniui stipres-

nį maistą, k. a.: kotletą, pyrago, košės, kiaušinių ir t. t. Bet rūpestingai ištyrus keletą kartų ligonio skreplius, Koch'o bacilų nerasta. Kraujas buvo nusiųstas ištirti, ir Widal'io reakcija gauta teigiama, be to, ir tvinksnis buvo lėtas ir neatitiko temperatūros. Ligonis ilgainiui pradėjo taisytis ir po 15 dienų karščio buvo išrašytas sveikas, neskaitant jo chroniško bronchito. Iš to galima daryti išvada, kad typhus abdominalis atveju, kai nėra virškinamųjų takų sutrikimų, sena klasiška dieta nebūtina. Tačiau beveik tuo pačiu laiku buvo priimta į ligoninę šeima, susidedanti iš tėvo, motinos ir 2-jų vaikų, sergančių typhus abdominalis. Tėvas ir motina, karščiuodami namie ir norėdami kiek atsigauti, buvo suvalgę gerą porciją rūgščių kopūstų, o vaikams jų nedaug tebuvo duota. Baigėsi tuo, kad tėvas ir motina gavo smarkią diarrhoea ir mirė nuo „haemorrhagia intestinalis", o vaikai pasveiko.

7. Labai opi vadinamųjų bacilų nešiotojų problema. „Med. Kl." 1934 m. rašo, kad 70 metų vienai moteriškei po pasveikimo nuo typhus abdominalis buvo dar konstatuotas Ebert'o bacilų išskyrimas, kurie apskritai išeina ypač iš tulžies pūslės ir iš tulžies takų. Be išmatų, bacilai gali būti randami ir šlapimuose, kas ypač pavojinga, nes tokie šlapimai gali užteršti šulinius. Ypatingas dėmesys reikia kreipti į senas moteriškes, kurios užsiima maisto gaminimu, kaip, pvz., virėjos, milžėjos ir pan., ypač kai jos serga jeknomis arba cholelithiasis. Tokių moterų anamnezė gali būti užmiršta, ir jos gali būti bacilų nešiotojomis. Jos reikalingos kartotinių tyrimų, nes bacilų išskyrimas eina protarpiais. Therapia nulla, bet, pradedant nuo 4-osios ligos savaitės, patariama duoti urotropino 1,5—2,0, kaip cholagoga ir tulžies pūslės desinficiens.

8. Baigdamas sustosiu ties antitifozinės imunizacijos per os pagal prof. Besredka metodę, ir pateiksiu keletą ištraukų iš jo straipsnio, kur jis pagrindžia savo teoriją („Presse Méd." 1936 m. 78 nr.).

Vidurių šiltinės grupės bacilai, patekdami per os, nesugeba sukelti laboratoriniams gyvulėliams vietinės, juo labiau bendrinės infekcijos. Taigi, kyla klausimas: ar šitas atsparumas mikrobams nėra įgimtinio žarnų narvelių imuniteto padarinys? Jeigu taip iš tikrųjų būtų, galima būtų nugalėti šitas imunitetas silpninant žarnų sieneles. Šitam silpninimui realizuoti prof. Besredka pradėjo vartoti jaučio tulžį, kuri sukelia žarnų gleivinės nedidelį dirginima ir deskvamaciją. Prof. Besredka davė triušiams praryti tam tikrą tulžies kiekį, ir tuo būdu jam tikrai pasisekė susilpninti įgimtasis šitų gyvulėlių atsparumas ir imunitetas. Taip tulžimi paruoštam triušiui nužudyti reikia įšvirkšti į veną paratifo bacilų kultūros 5 kartus mažesnė dozė, negu normaliam triušiui nužudyti. Taip pat

veikia ji bacilai ir per os, o neparuošus jaučio tulžimi bacilai per os neveikia.

Kadangi, kaip sakyta, tulžis neliečia bendrinio sveikatingumo, tik sukelia lengvą žarnų gleivinės traumą, prof. Besredka priėjo išvadą, kad šitoks lengvas gleivinės sužalojimas žarnose yra atsparumo nusilpimo priežastis, ir, vice versa, bet kurio gyvulio atsparumas prieš tifo bacilus glūdi, jei ir ne visiškai, tai didžiąja dalimi jo žarnų sienelės sveikatingume, kitaip sakant, jo įgimtiniame vietiniame imunitete.

Prof. Besredka betyrinėdamas nustatė šį faktą: Išvirkštus gyvos paratifo kultūros dviem pelėms, viena žuvo, o antroji, kuri prieš mėnesį buvo gavusi per os tam tikrą negyvų bacilų kiekį, liko sveika. Šito bandymo kartojimas davė tas pačias išdavas. Panašiai viena šimpanzė gavo per os tifo bacilų, nužudytų 60° t-je, o antra šimpanzė bacilų negavo ir kitame bandyme figūravo liudytoju. Po vienuolikos dienų abidvi šimpanzės gavo per os tam tikrą gyvų tifo bacilų kiekį. „Liudytojui" po inkubacijos periodo aukštai pakilo temperatūra, kuri truko keletą dienų, ir jo kraujas rodė tyrą Ebert'o bacilų kultūrą. O šimpanzė, gavusi pirmiau negyvų bacilų, beveik nereagavo į ligos sukėlėją, neminint lengvai pakilusios dvi dienas t°, ir jos hemokultūra, padaryta tris kartus paeiliui, liko neigiama. Šitie bandymai įrodė, kad galima imunizuoti gyvuliai per os prieš typhus abdominalis.

Tęsti bandymai šita kryptimi su minėtais gyvuliais pasirodė nepatogu, nes pelių ūgis neleidžia gauti pakankamo kiekio kraujo, o šimpanzės per brangios. Todėl Besredka naudojosi triušiais. Tačiau nesensibilizuoti triušiai nereaguoja į bacilus per os. Tuomet Besredka mėgino sensibilizuoti jų žarnas jaučio tulžimi, ir tai, pasirodė, paruošdavo vakcinai priėjimą prie žarnų narvelių ir duodavo triušiams imunizaciją prieš mirtingas gyvų bacilų dozes per venam. Šitą metodę, būtent, sensibilizuoti žarnas tulžies pagelba ir paskui imunizuoti per os antitifine vakcina (iš negyvų bacilų), pradėjo taikyti ir žmonėms. Padariniai, kaip tvirtina daugelis prof. Besredkos sekėjų įvairiuose kraštuose, esą puikūs. Šita metodė, žymiai patogesnė negu poodinė vakcinacija, turi didelės reikšmės kolektyvinei profilaktikai, kaip, pvz., kareivinėse, bendrabučiuose ir kt., ir jai priklauso graži ateitis.

LITERATŪRA.

1. „La Presse Médicale". 1924 m., 74 nr., 1936 m. 78 nr., 1937 m. 87 nr.
2. „Le Mond Médical". 1937 m., 1939 m.
3. „Medizinische Klinik". 1934 m., 24 nr.
4. Большая Медицинская Енциклопедія.
5. „Neue Deutsche Klinik".

Résumé.

L'auteur décrit plusieurs cas compliqués de la fievre typhoide. Chemin faisant il mentionne les nouvelles conceptions de la pathogénie de la f. typhoide, les erreurs possibles du serodiagnostic et la vaccination buccale de Besredka.

Dr. M. Braunsas.

Vidurių šiltinės gydymas autovakcina.

(Iš Kauno Žydų ligoninės infekcinių ligų skyriaus. Vedėjas — dr. M. Braunsas)

Vidurių šiltinė buvo mėginama gydyti vakcina įvairiai, ypač pasauliniame kare, kai labai energingai teko kovoti su šita liga. Rezultatai buvo labai įvairūs ir prieštarūs. Buvo vartojamos įvairios vakcinos, pagamintos įvairiais būdais. Dažniausiai buvo vartojamos polivalentinės vakcinos. Mathes ir Hirsch buvo nusistatę prieš vakcinų vartojimą vidurių šiltinei gydyti. Darant profilaktinę vakcinaciją su Pfeiffer-Kolle's skiepijamąja medžiaga, buvo gaunama blogų rezultatų, kai ta vakcinacija atsitiktinai būdavo padaroma inkubacijos periode, vadinasi, jau užsikrėtusiam žmogui. Ligos eiga tada būdavo labai sunki, liga prasidėdavo staiga, su dideliu temperatūros pakilimu, vietoje leukopenijos būdavo leukocitozė ir t. t. Tačiau mes matome tokių atsitikimų ir ne po vakcinacijos ir ne tik karo metu, bet ir taikos metu, net civilių gyventojų tarpe.

Iš daugelio šimtų vidurių šiltinės atsitikimų, kurie man teko stebėti per 16 metų mano darbo Žydų ligoninės infekcinių ligų skyriuje, kuris yra didžiausias infekcinis skyrius civiliams gyventojams Lietuvoje, aš galiu padaryti išvadą, kad ne visų vidurių šiltinės atsitikimų eiga yra vienoda ir tipiška. Jie galima suskirstyti grupėmis pagal atitinkamą organizmo reakciją ir pagal virulentiškumą bei kiekį virus'o, patekusio į organizmą. Virulentiškumo atžvilgiu yra labai didelis įvairumas, ir yra tiek daug įvairių vidurių šiltinės bacilų kamienų, jog, atrodo, negalima pagaminti tikros polivalentinės vakcinos. Taip, pvz., neseniai aš turėjau ligonių grupę, kurie buvo užsikrėtę iš vieno šaltinio (šulinio vandens), būtent, namų šeimininkė ir du darbininkai. Jie nebuvo giminės. Buvo labai toksiškas typhus abdominalis bacilų kamienas. Visiems trims ligoniams buvo vienoda, labai sunki ligos eiga, k. a.: apatija, vienodai sunkūs reiškiniai iš širdies ir periferinės kraujo apytakos organų pusės, cyanozė, toksiniai bronchitai. Tat buvo tam tikro bacilų kamieno ypatumas, kad jis trims įvairiems, tarp savęs negimininingiems, asmenims, sukėlė tuos pačius ligos reiškinius.

Ligos metu net tų ligonių išvaizdoje buvo daug panašumo. (Apie susirgusio organizmo individualią reakciją kalbėsiu toliau). Man teko dažnai stebėti tokių atsitikimų, kai ligonių grupė neturėjo tarpusavyje nieko bendra, išskyrus tiktai bendrą užsikrėtimo šaltinį, ir tuo pačiu metu buvo daug panašumo vidurių šiltinės eigoje, jos komplikacijose, recidyvuose ir t. t. Šitie stebėjimai rodo, kad yra įvairių typhus abdominalis bacilų kamienų, ir kalba prieš tai, kad galima būtų pagaminti terapinė vakcina, kuri tikrai visais atžvilgiais būtų polivalentinė, kurią gaminant būtų atsižvelgta į visų typhus abdominalis kamienų visus ypatumus, kurie pareina nuo įvairių, jų tarpe taip pat ir nuo geografinių varijacijų.

Dažnai į mane kreipdavosi pacientai, kurių susirgimas prasidėjęs staiga, tačiau smulkiai apklausinėjus visuomet pasirodydavo, kad jie jautęsi negerai jau 3—4 savaites: buvę galvos skausmai, apetito stoka, šalčio krėtimas ir t. t. Tiktai atsiradus šalčio krėtimui, jie guldavę į lovą ir tiktai tada pagalvodavę, kad serga. Daugiausia tat buvo sveiki, stiprūs individai, kurie į pradinius ligos reiškinius nekreipė jokio dėmesio. Jie nesilaikė dietos, viską valgė. Esant pilvo skausmams gerdavę ricinos aliejaus ir t. t. Tiktai atsiradus komplikacijoms jie guldavę į lovą. Dažniausiai antrą trečią dieną po to atsirasdavo kraujoplūdžiai iš žarnų, neretai profūziški, kurie dažniausiai baigdavosi mirtimi. Aišku, kad šitie pacientai iki trečios ligos savaitės vaikščiojo. Kai kuriose knygose rekomenduojama pirmomis vidurių šiltinės susirgimo dienomis duoti ol. ricini. Deja, labai dažnai mes nežinome, kada yra tos pirmosios dienos. Labai dažnai negalima pasitikėti ligonio žodžiais. Sveikose žarnose ol. ricini sukelia gleivinės hiperemiją, mezenterinių kraujo indų prisipildymą krauju, stiprią žarnų peristaltiką ir gleivinės erzinimą. Ką gi mes matome žarnose, kurios paliestos tifinio proceso ir dar erzinamos su laxantia?

Pirma: jos nustoja dalį savo biologinių apsigynimo priemonių. Toksinai lengviau pereina į organizmą. Pacientai šitame stovyje daro blogą įspūdį: daug rozeolių, didelė apatija, sunkūs reiškiniai iš širdies ir periferinės kraujo apytakos pusės, toksiniai bronchitai ir t. t. Vienu žodžiu, matyti, kad turime reikalo su viso organizmo intoksikacija.

Antra: Del mezenterinių kraujo indų hiperemijos ir sustiprėjusios žarnų peristaltikos dauguma ligonių gauna žarnų kraujoplūdį. Tie kraujoplūdžiai esti tuo labiau profūziški, juo arčiau į trečiąją ligos savaitę ligonis buvo paėmęs laxantia ar drastica. Kaip mes matome, sunkūs atsitikimai gali būti ir taikos metu lygiai kaip ir karo metu karo lauke, kur pacientai buvo stiprūs jauni kareiviai, kurie turėjo maža laiko ir maža dėmesio kreipė į prasidedančios ligos reiškinius. Tuo būdu mes matome

atsitikimų, turinčių sunkią ligos eigą ir negydytų vakcina. Todėl aš manau, kad ne visų vidurių šiltinės atsitikimų ligos eigos sunkumas tada karo lauke gali būti priskaitytas vakcinoterapijos sąskaiton. Šitame straipsnyje aš kalbėsiu vidurių šiltinės atveju, ne apie vakcino-, bet apie autovakcinoterapiją, kurią pradėjau vartoti, pasirėmęs savo stebėjimais ir del aukščiau suminėtų priežasčių. Aš ją išmėginau daugeliui atsitikimų ir čia papasakosiu gautus rezultatus.

Auto-vakcina gaminama mūsų ligoninės laboratorijoje šiuo būdu: vienas kraujo kubinis centimetras, įleistas į vamzdelį su tulžimi, įdedamas 24 valandoms į termostatą (esant 37° temperatūrai); po 24 valandų persėjama ant Drigalsky'o maitinamosios medžiagos ir vėl laikoma 24 valandas termostate. Kai typhus abdominalis bacilai jau yra išaugę, persėjama ant pažulnaus agaro 5-se vamzdeliuose ir laikoma 24 valandas termostate, paskui nuplaunama fiziologiniu skiediniu. Po to pagaminama typhus abdominalis bacilų emulsija fiziologiniame skiedinyje su praskiedimu 10 mil. bakterijų viename kub. centimetre, 25 mil., 50 mil. bakterijų ir t. t. Trijų valandų frakcinė destiliacija, t. y. kasdien vieną valandą temperatūroje 80°—85°—90°C. Sterilškumo bandymas: sėjama ant buljono. Konservuojama su acidum carbolicum liquefactum 1—2 lašai 10-čiai ccm. emulsijos.

Aš čia kalbėsiu tik apie sunkius atsitikimus, kurie nuo pat pradžios pasižymėjo sunkia, toksiška eiga ir apie kuriuos galima buvo manyti, kad liga ilgai užtruks ir bus komplikacijų. Tų atsitikimų, kur buvo pavartota autovakcina, eiga buvo daug lengvesnė ir nebuvo komplikacijų.

Pirmas atsitikimas.

Pacientė P. J., 32 metų amžiaus. Atsigulė į ligoninę 1936. IX. 23 d. po to, kai 14 dienų buvo išgulėjusi namie turėdama aukštą temperatūrą. Daug rozeolių, gurguliavimas ileocekalinėje srityje, blužnis labai padidėjusi. Širdis ir plaučiai patologiškai nepakitę. Pacientė jautėsi labai blogai, buvo nerami, temperatūra pakilusi iki 39,6°, pulsas 116. Refleksai normalūs, patologinių refleksų nėra.

Šlapimų tyrimas: Diazo reakcija teigiama, baltimų 0,065 pro mille, cukraus nėra, 4—5 hyalininiai cilindrai preparate.

Kraujo tyrimas: leukocitų 10.000; leukocitinė formulė: j. 1%, št. 36%, segm. 29%, lymf. 29%, mon. 4%, plazminių 1%.

IX. 30 d. Widal'io reakcija neigiama. Bloga savijauta. Viduriavimas.

X. 1 d. Temperatūra krito iki 38°. Dvi dienas temperatūra svyravo tarp 38° ir 36,4°, o paskui X. 4 d. pakilo iki 39°. Iki spalių 8 d. temperatūra vis kilo, kol pasiekė 40,3°; tą vakarą buvo šalčio krėtimas.

X. 9 d. Temperatūra krito. Labai bloga savijauta. Visame plaučių plote daug sausų karkalų. Širdies tonai duslūs. Kraujospūdis 110/70. Pilvas minkštas. Blužnis padidėjusi.

Kraujo tyrimas: leukocitų 12.000; leukocitinė formulė: št. 12%, segm. 26%, lymf. 61%, mon. — 1%. Toks stovis buvo iki X. 15 d.

X. 16 d. Skauda dešiniąją koją, kuri patinusi. Diagnozė: trombophlebitis cruris dextr. Savijauta labai bloga.

X. 17 d. Du kartu šalčio krėtimas su temperatūros pakilimu iki 41°.

X. 20 d. Vieną kartą šalčio krėtimas. Temperatūra pakilo iki 40,5°.

X. 21 d. Širdies tonai duslūs, ritmiški. Plaučiuose daug sausų karkalų. Pilvas minkštas, neskaudamas. Blužnis padidėjusi. Dešiniosios kojos šlaunies ir blauzdos srityje patinimas ir skausmingumas.

Šlapimų tyrimas: baltimų 0,066 pro mille; cukraus nėra, spec. svoris 1020. Nuosėdų tyrimas: leukocitų 20—30, eritrocitų 30—40 regėjimo lauke.

Kraujo tyrimas: Hb 60%, eritrocitų 3.310.000, leukocitų 7.400; leukocitinė formulė: eoz. 1%, št. 39%, segm. 25%, lymf. 31%, mon. 4%; anizocitozė. Widal'io reakcija neigiama.

X. 22 d. Du kartu šalčio krėtimas.

X. 23 d., X. 29 d., X. 30 d., XI. 1 d. ir XI. 2 d. po vieną šalčio krėtimą.

XI. 3 d. Skauda kairiąją koją, kuri patinusi. Trombophlebitis crur. sin. Vadinasi, dabar jau yra abiejų kojų tromboflebitas. Bendra savijauta bloga. Širdis, plaučiai ir pilvas — st. idem.

XI. 5 d. Vėl šalčio krėtimas. Galų gale mums pasisekė išauginti iš ligonės kraujo typhus abdominalis bacilų kultūra. Iš šitos kultūros buvo padaryta autovakcina. Iki XI. 15 d. temperatūra svyravo tarp 37° — 38,5°. Savijauta negera.

XI. 15 d. Ligonei įšvirkšta po oda autovakcinos 10 mil. bakterijų. Temperatūra krito iki normos.

XI. 18 d. Vėl įšvirkšta po oda 10 mil. bakterijų. Šalčio krėtimas. Temperatūra iki 39°.

XI. 19 d. 10 mil. bakterijų po oda ir 10 mil. intra venam su sol. sacch. amylac. Temperatūra pakilo be šalčio krėtimo iki 39,4°.

XI. 20 d. Temperatūra krito iki 36,5° ir liko žemiau 37° iki ligonei išsirašant. Jai dar įšvirkšta XI. 23 d. 25 mil. ir XI. 26 d. 50 mil. bakterijų, bet jokios organizmo reakcijos ir temperatūros pakilimo jau nebebuvo.

Nukritus temperatūrai, kojų ėdemos pradėjo nykti, skausmai nustojo, savijauta pagerėjo. Prieš autovakciną ligonė buvo gydyta, kaip paprastai vidurių šiltinės atveju. Šalčio krėtimo metu dar įšvirkšta intra venam urotropin'o, choleval'io, tačiau iš to negauta gerų rezultatų.

XII. 3 d. Ligonė buvo išrašyta gerame stovyje.

Septintą susirgimo savaitę pasisekė išauginti typhus abdominalis bacilų iš kraujo. Tuo metu paprastai šitų bacilų kraujyje nebūna. Greičiausiai tromboflebitai ir buvo tie židiniai, iš kur šalčio krėtimų metu bakterijos patekdavusios į kraują. Tuo pačiu laiku mano skyriuje buvo pora stafilokokų septicemijos atsitikimų, kuriuos aš gydžiau autovakcina. Rezultatai buvo labai geri. Tat mane įtikino pamėginti autovakciną ir aprašytuoju vidurių šiltinės atsitikimu. Pagal P f e i f e r 'o bandymus bakteriolizė įvykstanti daug greičiau, kai bandomiems gyvuliams pirmiau būna injekuojama tų pačių užmuštų bakterijų. Vadinasi, normali bakteriolizės reakcija tuo būdu pagreitinama. Teoriškai imant, specifiškai bakteriolizinė terapija, kaip dirginamoji terapija, galėtų sukelti padidėjusį bakterijų išsiskyrimą į kraują ir naujų židinių susidarymą. Be to, del bakteriolizės galėtų atsipalaiduoti dideli toksoplazmino kiekiai, kurie del savo sensibilizuojamojo veikimo galėtų blogai veikti sergantį organizmą. Taip turėtų būti teoriškai, tačiau praktiškai aprašy-

tuoju atsitikimu matome ką kita. Pacientė sirgo 7 savaites, paskutinį laiką turėjo beveik kasdien šalčio krėtimus, abiejų kojų tromboflebitą. X. 21 d., vadinasi, po penkių ligos savaičių, Widal'io reakcija vis dar neigiama. Aštuntą savaitę jai įšvirkšta po oda 10 mil. užmuštų bakterijų. Po įšvirkštimo ji jautėsi gerai, temperatūra buvo normali. Po trijų dienų injekcija pakartota. Dabar ligonė į tai reaguoja šalčio krėtimu. Kitą dieną temperatūra vėl buvo normali, kojų skausmai liovėsi, ėdemos mažėjo, savijauta buvo gera. Kitą dieną vėl įšvirkšta 10 mil. bakterijų po oda ir 10 mil. bakterijų intra venam su sol. sacch. amylac. Temperatūra pakilo, tačiau šalčio krėtimo nebuvo ir savijauta labai gera. Kitą dieną po tos injekcijos temperatūra nukrito ir liko normali iki išeinant iš ligoninės. Ligonė dar gavo porą įšvirkštimų, bet nebebuvo jokios reakcijos iš organizmo pusės. Kaip matome, ligonei jau po 5 ligos savaičių Widal'io reakcija buvo neigiama. Ji dar neturėjo jokių agliutininų. Vadinasi, buvo anergija. Dažni šalčio krėtimai, bakterijų patekimas į kraujo apytaką, bakterijų radimas septintą ligos savaitę, visa tat leidžia manyti, kad bakteriolizinų gamyba buvo silpna. Agliutininai ir bakteriolizinai nėra identiški. Mes žinome, kad iš Gruber-Widal'io reakcijos metu susidarančių agliutinuotų bakterijų krūvelių galima išauginti bakterijų kultūrų. Autovakcinos injekcija, matyti, skatina bakteriolizinų gamybą ir tuo labiau, jei individas prieš tai buvo paveiktas tų pačių bakterijų (pagal Pfeiffer'o bandymą). Po pirmosios injekcijos dar buvo temperatūros pakilimas, tur būt, del bakteriolizės. Po dviejų paskutinių injekcijų nebuvo jokios reakcijos, tur būt, del to, kad nebuvo jau bakterijų išskyrimo ir nebuvo bakteriolizės. Aš sakau „tur būt" del atsargumo, nes iki šios dienos dar nepasisekė nei agliutininų nei bakteriolizinų atskirti nuo kraujo serumo baltimų. Tai yra vis teorinės sąvokos. Minėtu atsitikimu mes matome, kaip dažnai būna, kad teorija ir praktika nevisada derinasi.

Antras atsitikimas.

Pacientė K. S., 21 metų amžiaus. Susirgo prieš 7 dienas: pakilo aukštai temperatūra ir atsirado galvos skausmai. Pora savaičių prieš susirgdama jau turėjo galvos skausmus. Įstojo į ligoninę 1938 m. V. 5 d. Vidutinio ūgio, vidutinės mitybos. Oda ir gleivinės išbalusios. Liežuvis apžėlęs. Širdyje — n. y. Plaučiuose: perkutuojant — n. y., auskultuojant — visame plaučių plote sausi karkalai. Iškvėpimas truputį pailgėjęs. Pilvas minkštas. Pavienės rozeolės. Kepenys nepadidėjusios. Blužnis neapčiuopiama. Perkutuojant blužnis randama kiek padidėjusi. Refleksai normalūs. Pacientė daro sunkios ligonės įspūdį; apatiška, sąmonė aptemusi. Matyti, tat yra sunkus, toksiškas atsitikimas.

Šlapimų tyrimas: Lyginamasis svoris 1026. Diazo reakcija silpnai teigiama. Baltimų 2 pro mille; cukraus nėra; urobilinogenas — normoje.

Kraujo tyrimas: Hb 68%, eritrocitų 4.420.000, leukocitų 6.500, index 0,77; leukocitinė formulė: št. 6%, segm. 47%, lymf. — 47%.

V. 8 d. Visą laiką aukšta temperatūra, bloga savijauta. Širdis ir plaučiai nepakitę. Widal'io reakcija neigiama. Ligonė gauna pulmonol'į, oleum camphorae, strichniną.

V. 10 d. Iš kraujo išauginta typhus abdominalis bacilų kultūra.

V. 15 d. Ligonei įšvirkšta po oda 10 mil. bakterijų.

V. 18 d. Įšvirkšta 10 mil. bakterijų intra venam su sol. sacch. amylac. Temperatūra dar aukšta.

V. 19 d. Temperatūra nukrito iki 36,9°. Apatija beveik pranyko. Atsirado sąmonė.

V. 20 d. Įšvirkšta 20 mil. bakterijų intra venam. Temperatūra pakilo iki 40°, bet savijauta gera. Kitą dieną temperatūra nukrito iki normos.

V. 24 d. 25 mil. bakterijų intra venam. Temperatūra pakilo iki 38,4°.

V. 26 d. Iš ryto temperatūra 38,4°. Ligonei įšvirkšta 50 mil. bakterijų intra venam. Savijauta gera. Geras apetitas. Vakare temperatūra nukrito iki normos ir tokia liko iki išeinant iš ligoninės.

Karščiavimas truko 31 dieną. Kol buvo pradėta gydyti autovakcina, buvo sunkios intoksikacijos vaizdas: bloga savijauta, galvos skausmai, aptemusi sąmonė, astminiai reiškiniai plaučiuose. Po antros autovakcinos injekcijos pacientė jautėsi jau geriau, pradėjo atgauti sąmonę. Gydymas autovakcina truko 11 dienų, padarytos 5 injekcijos. Paprastai vidurių šiltinės atsitikimas, turįs tokią sunkią intoksikaciją, trunka daug ilgiau kaip šitas.

Trečias atsitikimas.

Pacientas J. P., 43 metų amžiaus. Įstojo į ligoninę 1938. X. 15 d. Susirgo prieš 4 dienas; pakilo aukštai temperatūra, atsirado galvos skausmai, nustojo apetito, pasidarė obstipacija. Ligonis skundžiasi kosuliu ir sunkumu alsuojant. Ant odos, ypač pilvo, daug rozeolių. Liežuvis apžėlęs. Širdies ribos normalios, tonai truputį dusloki. Pulsas 84, dikrotiškas. Plaučiuose auskultuojant girdimi vietomis bronchiškas alsavimas, karkalai. Perkutuojant — vietomis nedidelis paduslėjimas. Abdomen — kepenys nepadidėjusios, blužnis neapčiuopiama, perkutuojant kiek padidėjusi. Labai bloga savijauta.

Šlapimų tyrimas: Diazo reakcija silpnai teigiama; baltimų 0,66 pro mille, cukraus nėra; leukocitų 4—6 regėjimo lauke; hyalininių cilindrų 5—6 preparate.

Kraujo tyrimas: leukocitų 4.000; leukocitinė formulė: št. 15%, segm. 58%, lymf. 22%, mon. 5%.

V. 18 d. Temperatūra svyruoja; iš ryto žymiai žemesnė negu vakare. Iš kraujo pasisekė išauginti Ebert'o bacilų. Ligoniui duota iki V. 19 d. imtinai vieną kartą per dieną chinin urethan; nuo V. 19 d. duota pulmonol'io vieną kartą 2 ccm del reiškinių plaučiuose.

Iki V. 23 d. temperatūra svyruoja, kartais tarp 36,6 iki 39,3°. V. 23 d. — 26 d. laikotarpyje tarp 38° ir 38,4°. Pacientas skundžiasi smarkiais galvos skausmais ir kosuliu. Diarrhoea.

V. 23 d. Pirmą kartą įšvirkšta autovakcinos 10 mil. bakterijų į raumenis. Temperatūra pasidarė continua. Savijauta bloga. Viduriavimas.

V. 25 d. Įšvirkšta 10 mil. bakterijų intra venam su sol. sacch. amylac. Viduriavimas sustojo. Savijauta kiek geresnė. Kitą dieną temperatūra nukrito ir V. 27 d. rytą vėl pakilo iki 37,9°. Tą pačią dieną įšvirkšta 25 mil. intra venam su sol. sacch. amylac. Vakare temperatūra 36,2°. Savijauta gera. Galvos skausmų nėra. Kosulys sumažėjo. Viduriai normalūs.

V. 28 d. Temperatūra 37,8°.

V. 29 d. Įšvirkšta 25 mil. intra venam. Temperatūra vakare 38,5°.

V. 30 d. Išvirkšta 50 mil. intra venam; temperatūra rytą 37,5°, vakare 36,9°.

V. 31 d. Temperatūra rytą 37,9°. Išvirkšta 50 mil. bakterijų intra venam. Vakare t° 37,5°.

VI. 1 d. Temperatūra 37,5°; išvirkšta 50 mil. intra venam; vakare t° 37,9°.

VI. 2 d. Temperatūra rytą 37°. Išvirkšta 75 mil. intra venam. Vakare 38,4°.

VI. 3 d. Temperatūra nukrito iki normos ir taip liko iki išeinant iš ligoninės VI. 17 d.

Kaip matome, karščiavimas truko ligoninėje 19 dienų ir namie 4 dienas, iš viso 23 dienas. Gydymas autovakcina truko 10 dienų; šitų 10 dienų laikotarpyje ligonis jautėsi labai gerai. Viduriavimas sustojo, kosulys beveik pranyko, lygiai kaip ir visi reiškiniai plaučiuose.

Ketvirtas atsitikimas.

Pacientas S. S., 32 metų amžiaus. Įstojo į ligoninę 1938 m. IX. 17 d. Susirgo VIII. 27 d. Skaudėjo visą kūną, dažnai krėtė šaltis, prakaitavo. IX. 14 d. įstojo į Kauno miesto ligoninę. Visą laiką buvo bloga savijauta. Stiprūs galvos skausmai ir viduriavimas. IX. 17 d. perkeltas į Žydų ligoninę. Ligonis stipraus kūno sudėjimo, vidutinės mitybos. Liežuvis apžėlęs, kraštai švarūs, dreba. Žiotys paraudusios. Odoje daug rozeolių. Širdyje ir plaučiuose n. y. Pilvas minkštas, kepenų sritis truputį skaudama. Blužnis neapčiuopiama, perkutuojant truputį padidėjusi. Temperatūra 39,9°. Pulsas 81 per minutę, dikrotiškas, blogai prisipildęs. Pacientas mieguistas, apatiškas, sąmonė aptemusi.

IX. 18 d. Blužnis truputį padidėjusi. Skaudamumas in regione hypochondrica dextra. Widal'io reakcija neigiama.

Kraujo tyrimas: leukocitų 5.200; leukocitinė formulė: št. 11%, segm. 72%, lymf. 17%.

Šlapimų tyrimas: baltimų 0,39 pro mille, cukraus nėra.

IX. 20 d. Kultūroje iš kraujo išaugo Ebert'o bacilai.

IX. 22 d. Apatiškas. Blogai miega. Opisthotonus ir Kernig neigiami. Refleksai normalūs. Širdyje ir plaučiuose n. y. Viduriavimas. Blužnis padidėjusi.

XI. 25 d. Temperatūra 39°. Pulsas 84 per minutę. Bloga savijauta. Be sąmonės, miega neramiai. Viduriavimas. Širdyje ir plaučiuose n. yp. Pilvas st. idem. Išvirkšta 10 mil. bakteriju į raumenis. Vakare temperatūra 37,7°.

IX. 26 d. Rytą 37,5°. Vakare 39,5°. Pulsas 92. Savijauta kaip anksčiau.

IX. 27 d. Rytą 39,9°. Pulsas 92. Išvirkšta 10 mil. bakterijų intra venam. Vakare 39,2°.

IX. 28 d. Rytą 38,5°. Išvirkšta 25 mil. bakterijų intra venam. Vakare 39,1°. Nors temperatūra vis aukšta, subjektyviai vis delto ligonis jaučiasi truputį geriau. Apatiškumas sumažėjęs. Širdyje ir plaučiuose n. y. Abdomen: Spaudžiant skausmingumas dešiniajame hypochondrium'e.

IX. 29 d. Rytą ir vakare ta pati temperatūra — 37,8°. Savijauta žymiai geresnė. Apatiškumas pranyko.

IX. 30 d. Rytą 37,3°. Išvirkšta 25 mil. bakterijų intra venam. Vakare 38,5°.

X. 1 d. Rytą 39,2°. Dieną temperatūra truputį krito, po to buvo šalčio krėtimas ir temperatūra pakilo iki 39,7. Širdyje ir plaučiuose n. y. Abdomen: dešiniajame hypochondrium'e didelis skausmingumas. Ligonis skundžiasi skausmais, ko ligi šiol dar nebuvo.

X. 2 d. ir X 3 d. buvo dar šalčio krėtimai, tačiau savijauta buvo nebloga. Apatijos nėra. Skaudamumas tulžies pūslės srityje. Ligonis turi cholecistitą. X. 2 d. įšvirkšta 50 mil. bakterijų, X. 3 d. choleval'io 0,1 intra venam; X. 4 d. choleval'io 0,2 intra venam.

X. 5 d. Temperatūra krito iki 36,8°; vakare 36,7°. Savijauta labai gera, tiktai protarpiais nedideli skausmai tulžies pūslės srityje.

X. 6 d. Šalčio krėtimas. Vakare 39,5°.

X. 7 d. Rytą 37,9°. Įšvirkšta 50 mil. bakterijų intra venam. Vakare 37,6°.

X. 8 d. Rytą t° 36,6°, vakare t° 37,5°.

X. 9 d. Ligonis dar gauna choleval'io 0,2 intra venam. Nuo šitos dienos temperatūra jau normali, tiktai

X. 12 ir X. 16 dar buvo temperatūros pakilimai.

Laikas nuo laiko ligonis dar skundžiasi skausmais tulžies pūslės srityje.

X. 19 d. Labai gera savijauta. Ligonis prašo išrašyti.

X. 20 d. Išrašytas labai gerame stovyje.

Šituo atsitikimu mes turime pacientą, sirgusį labai sunkia, toksine typhus abdominalis forma. Jis buvo gydytas 8 dienas namie ir 13 dienų kitoje ligoninėje, iš viso 21 dieną. Sunkiame stovyje atgabentas pas mus. Įstojant į mūsų ligoninę jau buvo patologiški pakitimai tulžies pūslėje, bet, kadangi ligonio sąmonė buvo aptemusi, tai nesiskundė skausmais. Kol jis pradėtas gydyti autovakcina, praėjo 8 dienos. Gydytas autovakcina 13 dienų. Iš viso susirgimas truko 42 dienas. Skeptikai pasakys, kad per 42 dienas typhus abdominalis gali praeiti ir negydomas autovakcina. Todėl aš noriu pabrėžti, kad tat buvo sunkus toksinis atsitikimas su komplikacijomis (tulžies pūslės uždegimas) ir pagerėjimas atsirado po trečiojo įšvirkštimo, vadinasi, 4 dieną gydant autovakcina.

Penktas atsitikimas.

Pacientas R. A., 17 metų amžiaus. 1938. X. 10 d. atgabentas į ligoninę labai sunkiame stovyje. Serga jau 10 dienų. Viduriavimas. Tuštinasi po savimi. Sąmonė aptemusi. Su ligoniu negalima susikalbėti. Blogos mitybos, oda sausa, daug rozeolių. Liežuvis sausas, apžėlęs, dreba. Širdies tonai dūslūs, bradycardia, pulsas dikrotiškas. Plaučiuose n. y. Pilvas palpuojant skaudamas. Ileocekalinis gurguliavimas. Blužnis padidėjusi. Galūnės šaltos. Refleksai iškilę.

X. 11 d. Šlapimų tyrimas; lyginamasis svoris 1021, balt. 0,033 pro mille; cukraus nėra; nuosėdos n. y.

Kraujo tyrimas: leukocitų 8.600; leukocitinė formulė: baz. 1%, št. 12%, segm. 54%, lymf. 29%, mon. 4%.

X. 16 d. Visą laiką temperatūra svyruoja tarp 37,5° ir 39,2°. Širdyje n. yp. Plaučiuose auskultuojant daug sausų karkalų, perkutuojant — paduslėjimo negirdėti. Pilvas kaip anksčiau. Viduriavimas. Sąmonė aptemusi. Tuštinasi po savimi, del to izoliuotas. Gauna du kartu per dieną pulmonol'io ir oleum camphorae (po 3 ccm.) Widal'io reakcija neigiama. Kultūroje iš kraujo išaugo Ebert'o bacilai.

X. 21 d. status idem. Taip buvo iki X. 26 d. Tą dieną įšvirkšta autovakcinos 10 mil. bakterijų į raumenis. Šalčio krėtimas. Temperatūra 39,9°.

X. 27 d. Rytą t° 37,9°. Įšvirkšta 10 mil. bakterijų intra venam. Vakare 37°. Savijauta žymiai geresnė. Sąmonės aptemimas sumažėjo.

X. 28 d. Rytą t° 36,4°. Įšvirkšta 25 mil. bakterijų intra venam. Vakare 36°. Nuo šitos dienos temperatūra liko normali iki išeinant iš ligoninės. Sąmonė grįžo. Ligonis jau prašo basono ir grąžinamas atgal į bendrąją palatą.

Šituo atsitikimu karščiavimas truko 10 dienų namie ir 20 dienų ligoninėje, iš viso 30 dienų. Gydymas autovakcina truko 3 dienas. Po antrosios injekcijos temperatūra krito beveik kriziškai. Ligonis greitai atgavo sąmonę ir bendra savijauta tuojau pagerėjo. Šito atsitikimo eiga iš pradžių buvo labai toksiška, prognozė buvo negera. Pradėjus gydyti autovakcina, vaizdas pasikeitė ir per 2 dienas viskas pakrypo į gerąją pusę.

Šeštas atsitikimas.

Pacientė S., 18 metų amžiaus. Įstojo į ligoninę 1938. XI. 2 d. Stipraus kūno sudėjimo, geros mitybos. Serga 7 dienas. Visą laiką smarkūs galvos skausmai, aukšta temperatūra, bloga savijauta. Širdyje ir plaučiuose nieko ypatingo. Pilvas minkštas, neskaudamas. Ileocekalinis gurguliavimas. Blužnis padidėjusi. Daug rozeolių. Refleksai normalūs. Sąmonė truputį aptemusi.

Šlapimų tyrimas: Diazo reakcija teigiama; baltimų 0,033 pro mille, cukraus nėra; mikroskopiškai n. yp.

Kraujo tyrimas: leukocitų 6.500; leukocitinė formulė: št. 31%, segm. 40%, lymf. 27%, mon. 2%.

XI. 6 d. Kultūroje iš kraujo išaugo Ebert'o bacilai. Sąmonė aptemusi. Savijauta bloga. Vėmimas. Viduriavimas. Širdyje ir plaučiuose n. yp. Visą laiką aukšta temperatūra.

XI. 9 d. Pradėtas gydymas autovakcina. Ligonei įšvirkšta 10 mil. bakterijų į raumenis. Jokios reakcijos nebuvo.

XI. 10 d. Įšvirkšta 10 mil. bakterijų intra venam. Jokios reakcijos.

XI. 11 d. Įšvirkšta 25 mil. bakterijų intra venam. Šalčio krėtimas. Temperatūra pakilo iki 40°.

XI. 12 d. Įšvirkšta 25 mil. bakterijų intra venam. Vėl šalčio krėtimas. Temperatūra 39,2°. Vakare temperatūra krito iki 38,2°. Galvos skausmai mažėja. Atgauna sąmonę. Savijauta geresnė. Kitą dieną (XI. 13 d.) temperatūra vėl pakilo. Įšvirkšta 50 mil. bakterijų intra venam. Temperatūra dar tą patį vakarą pakilo iki 39,8°. Kitą dieną temperatūra nukrito kriziškai ir ilgą laiką liko neaukšta. Savijauta labai gera. Sąmonė neaptemusi. Viduriavimo daugiau nebėra.

XI. 16 d. Ligonei įšvirkšta 50 mil. bakterijų intra venam, tačiau nebuvo jokios organizmo reakcijos.

XII. 9 d. Ligonė visiškai pasveiko ir išrašyta gerame stovyje.

Pacientė visą rekonvalescencijos laiką turėjo subfebrilę temperatūrą. Jos žodžiais, tokia temperatūra būdavusi jai ir esant sveikai prieš šitą susirgimą.

Šituo atsitikimu karščiavimas truko 7 dienas namie ir 13 dienų ligoninėje, iš viso 20 dienų. Gydymas autovakcina truko 5 dienas. Po trečiosios injekcijos ligonės savijauta pagerėjo, viduriavimas sustojo, sąmonė grįžo. Po 5 injekcijos temperatūra krito kriziškai ir liko subferilė iki išeinant iš ligoninės. Šituo atsitikimu turime žymų ligos sutrumpėjimą, pasibaigusį krizišku temperatūros kritimu.

Septintas atsitikimas.

Pacientė J. A., 39 metų amžiaus. 1939 m. II. 1 d. atgabenta į ligoninę. Namie gulėjo 10 dienų, turėdama aukštą temperatūrą. Skundžiasi galvos skausmais ir bloga savijauta. Liežuvis labai apžėlęs. Širdyje ir plaučiuose n. yp. Pilvas minkštas, truputį išsipūtęs. Daug rozeolių. Blužnis apčiuopiama. Viduriavimas.

Šlapimų tyrimas: Diazo reakcija neigiama; baltimų 0,033 pro mille, cukraus nėra; nuosėdose n. yp.

Kraujo tyrimas: Hb. 77%, eritrocitų 4.180.000, leukocitų 4.500; leukocitinė formulė: št. 19%, segm. 36%, lymf. 39%, mon. 6%.

II. 6 d. Visą laiką temperatūra continua tarp 38,2°—39°. Pulsas 92 per minutę, dikrotiškas. Kultūroje iš kraujo išaugo typhus abdominalis bacilai. Widal'io reakcija neigiama.

II. 9 d. Pradėta gydyti autovakcina. Įšvirkšta 10 mil. bakterijų į raumenis.

II. 10 d. Įšvirkšta 10 mil. bakterijų intra venam. Bendra savijauta geresnė, galvos skausmai mažesni, širdyje ir plaučiuose n. yp.

II. 11 d. Rytą temperatūra 37,9°. Įšvirkšta 25 mil. bakterijų intra venam. Vakare temperatūra 38,2°. Kitą dieną temperatūra krito iki normos ir taip liko iki išeinant iš ligoninės.

II. 19 ir II. 21 d. dar buvo temperatūros pakilimas, tačiau tai buvo del gripinio susirgimo, kuriuo persirgo tada beveik visi skyriaus ligoniai.

Šitai pacientei karščiavimas truko 10 dienų namie ir 12 dienų ligoninėje, iš viso 22 dienas. Gydymas autovakcina truko 4 dienas. Po 3 injekcijos temperatūra krito beveik kriziškai. Po antrosios injekcijos savijauta pagerėjo. Šituo atsitikimu taip pat matome ligos sutrumpėjimą ir greitą pagerėjimą, pradėjus gydymą autovakcina.

Aš dar noriu šitoje vietoje papasakoti porą atsitikimų, kurie turėjo visai kitą eigą, negu viršuje minėti atsitikimai. Vis delto šitie atsitikimai kalba už vidurių šiltinės toksinų sensibilizuojamąjį pobūdį.

Aštuntas atsitikimas.

P. L., 14 metų amžiaus. 1938 m. IX. 17 d. buvo priimtas į vidaus ligų skyrių. Anemiškas, blogos mitybos, berniukas. Skundžiasi dideliais galvos skausmais, miega visą laiką su trumpomis pertraukomis. Pirma visada buvęs sveikas. Prieš 2 mėnesius smarkūs skausmai viduriuose. Dabar serga 5 dienas. Skauda galvą ir vidurius. Namie porą kartų vėmė. Viduriuoja.

IX. 18 d. Širdyje, plaučiuose ir pilve n. yp. Kepenys nepadidėjusios. Blužnis neapčiuopiama. Stiprūs galvos ir vidurių skausmai.

Šlapimų tyrimas: lyginamasis svoris 1006; Diazo reakcija neigiama; baltimų ir cukraus nėra; urobilinogenas norm.; nuosėdose n. yp.

Kraujo tyrimas: Hb. 62%, eritrocitų 3.710.000, leukocitų 5.600, index 0,83; leukocitinė formulė: št. 31%, segm. 44%, lymf. 21%, mon. 4%.

IX. 19 d. Kadangi kilo įtarimas, kad serga vidurių šiltine, perkeltas į infekcinių ligų skyrių.

IX. 20 d. Temperatūra 40°. Pulsas 108. Savijauta labai bloga. Liežuvis labai apsivėlęs, kraštai švarūs. Širdies tonai duslūs, prie viršūnės girdimas sistolinis ūžesys. Stiprus epistaxis, ligonis nustojo daug kraujo.

Stiprūs galvos skausmai. Kernig teigiamas, opisthotonus silpnai pasireiškęs. Sausgyslių refleksai iškilę. Vyzdžių reakcija silpnai pasireiškusi. Padaryta liumbalinė punkcija, liquor'o spaudimas padidėjęs. Nonne-

Apelt neigiamas, Pandy neig. Baltimų 0,0165 pro mille, leukocitų 4/3, pavieni eritrocitai. Širdyje ir plaučiuose n. yp.

IX. 21 d. Widal'io reakcija neigiama. Terapija: intra venam sol. urotropini 40% ir calcii gluconici.

IX. 22 d. Temperatūra aukšta. Stiprūs galvos skausmai. Liumbalinė punkcija, nuleista nedaug liquor'o, po to trumpam laikui pagerėjimas.

IX. 23 d. Vėl smarkus kraujavimas iš nosies. Ištyrus kraują bakteriologiškai rasta Ebert'o bacilų.

IX. 25 d. Temperatūra 40°, pulsas 100. Labai bloga savijauta. Sąmonė kiek aptemusi. Vėmė. Nevalgo ir negeria. Plaučiuose daug sausų karkalų. Širdies garsai duslūs.

Kraujo tyrimas: Hb 50%, eritrocitų 3.020.000, leukocitų 8.600; leukocitinė formulė: št. 16%, segm. 50%, lymf. 29%, mon. 5%.

Šlapimų tyrimas: baltimų 1 pro mille, leukocitų 4—5, eritrocitų 1—4 regėjimo lauke.

IX. 28 d. Temperatūra 40,4°. Pulsas 108, minkštas, blogai prisipildęs. Ligoniui įšvirkšta autovakcinos 10 mil. bakterijų į raumenis.

IX. 29 d. Įšvirkšta 10 mil. bakterijų į raumenis; tuojau po to ligonis gavo lengvą urticaria.

IX. 30 d. Temperatūra krinta. Ligonis jaučiasi kiek geriau, geria daugiau. Galvos skausmai mažesni. Vėl gavo urticaria.

X. 2 d. Autovakcina duota intra cutem. 25 mil. bakterijų praskiesta su 20 ccm. fiziologinio skiedinio ir įleista vienas padalinimas (0,1).

X. 3 d. Vėl urticaria.

X. 4 d. Autovakcina intra cutem. Įleista 0,2 to paties praskiedimo kaip X. 2 d.

X. 5 d. Jaučiasi blogiau. Apatija didesnė. Buvo šalčio krėtimas ir po to temperatūra pakilo iki 40°.

X. 9 d. Vėl 0,2 autovakcinos intra cutem. Jokių rezultatų. Vėl urticaria.

X. 11 d. Įvyko kraujoplūdis iš žarnų. Savijauta kaip pirma.

X. 12 d. Vėl kraujoplūdis iš žarnų. Temperatūra krinta. Pulsas neblogas.

X. 15 d. Po paskutinio kraujoplūdžio ligonis jaučiasi geriau. Galvos skausmai visiškai pranyko.

X. 19 d. Temperatūra normali. Savijauta gera.

XI. 6 d. Išrašytas sveikas.

Kaip matome, autovakcinos terapija šituo atsitikimu nepadėjo. Tai buvo atsitikimas su labai stipria intoksikacija ir padidėjusiu jautrumu prieš vidurių šiltinės toksinus. Stiprūs galvos skausmai, meningejiniai reiškiniai, sąmonės aptemimas, kalba už nervų sistemos intoksikaciją. Skrodimai parodo, kad tokiais atsitikimais dažnai būna smegenų oedema. Berniukas jau turėjo padidėjusį jautrumą prieš vidurių šiltinės toksinus, taip kad kiekviena autovakcinos injekcija sukeldavo urtikariją ir blogą savijautą. Pagerėjimas atsirado tik po kraujoplūdžio, nes su krauju išėjo daug toksinų iš organizmo. Šito atsitikimo nepavyko desensibilizuoti su autovakcina.

Devintas atsitikimas

dar tebėra ligoninėje ir aš noriu trumpai apie jį papasakoti. Tai yra 7 metų berniukas S. D., kuris jau namie sirgo 7 dienas. Ligos eiga buvo sunki. Widal'io reakcija buvo neigiama 12-tą ir 46-tą susirgimo dieną. 18-tą susirgimo dieną ligoniui įšvirkšta po oda autovakcinos 5 mil.

bakterijų ir kitą ligos dieną dar 5 mil. bakterijų. Po pirmosios injekcijos ligonis jautėsi kiek geriau, bet vėliau viskas vėl buvo kaip pirma. Jis jautėsi vis blogiau ir blogiau. Tuojau po to jis susirgo nosies difterija. Žiotyse pakitimų nebuvo. Tepinėlyje, paimtame iš nosies, buvo rasta difterijos bacilų. Ligoniui įšvirkšta 10.000 vienetų difterijos serumo ir kitą dieną dar 8.000 vienetų. 14 dienų jis jautėsi blogai, paskui pradėjo jaustis geriau. Temperatūra pradėjo kristi liziškai ir nuo šito laiko pradėjo eiti geryn. Tat atsitiko 14 dieną po paskutinės difterijos serumo injekcijos, tuo laiku, kai organizmas paprastai reaguoja padidėjusiu jautrumu prieš serumą. Tuo laiku paprastai įvyksta organizmo reakcijos pakitimas. Mūsų atsitikimu šitos organizmo reakcijos pakitimas, tur būt, sukėlė desensibilizaciją prieš vidurių šiltinės toksinus ir vaiko stovis pradėjo eiti geryn. Šituo atsitikimu aš turėjau sustabdyti gydymą autovakcina del difterijos.

Aš čia papasakojau šitą atsitikimą, nes norėjau parodyti, kad arklio serumas, tur būt, gali būti desensibilizacijos priemone prieš kitus toksinus; tas serumas sukelia organizmo reakcijos pakitimą.

Aš dar vartojau autovakcinoterapiją keliais kitais vidurių šiltinės atsitikimais. Visų stebėtų atsitikimų negalima čia aprašyti del vietos stokos. Jų eiga buvo daugiausia tokia, kaip pirma aprašytų septynių atsitikimų. Kliniški stebėjimai rodo, kad visais atsitikimais ligos laikas žymiai sutrumpėja, ypač tais atsitikimais, kuriais buvo stipri intoksikacija. Intoksikacijos reiškiniai, kurie pasireiškia stipriais galvos skausmais, astminiais reiškiniais, sąmonės aptemimu, nuo pirmųjų autovakcinos injekcijų nyko. Bendra savijauta truputį gerėjo. Temperatūra greičiau krito, dažnai net kriziškai. Tat ir teoriškai galima išaiškinti.

Visi ligi šiol padaryti tyrimai rodė, kad typhus abdominalis toksinai yra sensibilizuojamieji nuodai. Pirmosios vidurių šiltinės toksinų dozės yra kaip ir nenuodingos. Bet daug pareina nuo paveikto organizmo reakcijos, ypač nuo alerginės reakcijos ir nuo toksinų kiekio. Labai jautrius individus ir mažos dozės gali paveikti letaliai. Skirtumas tarp minimalios mirtingos dozės, kuri užmuša labai jautrų organizmą, ir absoliučiai letalės dozės yra be galo didelis. Kartotinis veikimas nuodais gali sukelti rezistentiškumą prieš nuodus. Todėl yra taip pat aišku, del ko, esant tokiam dideliam bacilų nešiotojų skaičiui tarp mūsų, vis delto palyginti nedidelis yra susirgimų skaičius. Dauguma žmonių yra nejautrūs mažam toksinų kiekiui. Didesni toksinų kiekiai, patekę į organizmą, jau gali sukelti susirgimą. Organizmo nejautrumas del tam tikrų priežasčių, kurios sukelia organizmo reakcijos pakitimą, gali virsti stipriu jautrumu. Vadinasi, vidurių šiltine susirgti nevisada pakanka vien vidurių šiltinės bacilams patekti į organizmą; individas turi būti taip pat sensibilizuotas prieš vidurių šiltinės bacilus. Predisponuojantį vaidmenį gali vaidinti virškinamųjų organų katarai, dietos klaidos, diarėjos ir t. t., taip pat kitos

infekcijos. 1926 met., pvz., Hanovere daug žmonių sirgo žarnų liga, kuri greit praėjo. Tai buvo 3 savaites prieš vidurių šiltinės epidemiją. Priežastis šitos žarnų ligos buvo geriamasis vanduo, kuris, be vidurių šiltinės bacilų, buvo dar užterštas ir kitokiomis bakterijomis.

Herhold („Münch. med. Woch." 1926, 1626 p.) mano, kad šitos bakterijos smarkiai sumažinusios virškinamųjų organų atsparumą ir del to vidurių šiltinės bacilams buvę lengva įsibrauti į organizmą. Vadinasi, kitų bakterijų toksinų įtakoje įvyko organizmo reakcijos pakitimas, organizmas buvo sensibilizuotas vidurių šiltinės bacilų atžvilgiu ir susirgo.

„Münch. med. Woch." 1939 m. 9 nr. 330 psl. dr. Lotter-Regensburg aprašo atsitikimą su viena bitininke. Ją visada darbo metu įgeldavusios bitės, bet ji buvusi imuniška prieš bičių nuodus. Įskiepijus jai vidurių šiltinės antitoksinų, įvykusi sensibilizacija prieš bičių nuodus. Kiekvienas bičių įgėlimas po skiepijimo vidurių šiltinės antitoksino sukeldavęs jai sunkius reiškinius. Priėję ligi to, kad autorius turėjęs ją desensibilizuoti forapinu.

Šitas atsitikimas yra visai priešingas mano atsitikimams. Čia organizmas vidurių šiltinės antitoksino sensibilizuojamas prieš bičių nuodus ir paskui desensibilizuojamas forapinu. Mano atsitikimais ligoniai del kažkurios priežasties buvo sensibilizuoti vidurių šiltinės toksino atžvilgiu ir autovakcinos pagelba turėjo būti desensibilizuoti.

Dirginamoji terapija sukelia organizmo reakcijos pakitimą. Tat mes matome paskutiniuoju atsitikimu, kuriuo aš del difterijos infekcijos turėjau įšvirkšti difterijos serumo. Šitas atsitikimas pasibaigė gerai. Tačiau tokie organizmo reakcijos pakitimai gali duoti ir negerų rezultatų. Organizmas, nejautrus tam tikriems nuodams, del tokio reakcijos pakitimo gali pasidaryti tiems nuodams jautrus, t. y. įvyksta organizmo sensibilizacija, pvz., atsitikimas su bitininke. Del dirginimo gali įvykti tuberkuliozinių procesų aktyvacija. Esant latentiniam procesui, kai organizmas desensibilizuotas prieš tuberkuliną, organizmo reakcijos pakitimas gali vėl sukelti organizmo sensibilizaciją. Del tokių dirginimų gali kilti taip pat ir vidurių šiltinės epidemijos (Hannover 1926, vandens liga). Todėl, vartojant dirginamąją terapiją, reikalingas didelis atsargumas, nes niekada negalima žinoti, kuriuos pakitimus organizme sukels dirginimas.

Kitaip yra, kai desensibilizuojama nuodais, kurie jau veikia organizme. Sergančiam vidurių šiltine ir turinčiam typhus abdominalis toksinų galima sukelti organizmo reakcijos pakitimas. Šitokiu atsitikimu į organizmą įvedami tie patys toksinai (autovakcina). Aš manau, kad organizmo reakcijos pakitimo at-

žvilgiu, dirginamoji terapija nepadarys didesnės žalos organizmui, kaip pagrindinė liga.

Aš dar noriu čia pabrėžti, kad daugumos čia aprašytų atsitikimų Widal'io reakcija buvo neigiama, vad., buvo anergija. Gal būt, pradžioje šitų atsitikimų eiga buvo tokia sunki del to, kad organizmas dar nebuvo pasigaminęs apsiginamųjų medžiagų. Deja, Widal'io reakcija po gydymo autovakcina nebuvo daryta. Tolimesniais atsitikimais aš jau tikrinsiu Widal'io reakciją ir po gydymo autovakcina.

Deja, aglutininai, bakteriolizinai ir kiti dar yra tik teorinės sąvokos, t. y. kūnai, kurių dar nepasisekė atskirti nuo kraujo baltimų. Reikia tikėtis, kad, žengiant pirmyn mediciniškajai chemijai, pasiseks jie izoliuoti. Tada šitas klausimas mums bus daug aiškesnis.

Kol kas aš vidurių šiltinės autovakcinoterapiją galiu tik rekomenduoti, nes tat desensibilizuoja organizmą prieš vidurių šiltinės toksinus. Toksiniai reiškiniai greit nyksta ir ligos laikas žymiai sutrumpėja.

AUTOREFERAT.

Die Autovaccinetherapie des Typhus abdominalis habe ich in sehr vielen Fällen versucht, von welchen ich 9 in dieser Arbeit ausführlicher beschrieben habe. Die klinischen Beobachtungen zeigen, dass in fast allen Fällen der Krankheitsverlauf bedeutend abgekürzt wurde. Die Intoxikationserscheinungen gingen bereits nach den ersten Autovaccineeinspritzungen zurück. Das Allgemeinbefinden besserte sich schnell. Die Temperatur sank schneller, oft sogar kritisch.

Da das Typhusgift ein sensibilisierendes Gift ist, nehme ich an, dass durch die Autovaccine der Organismus desensibilisiert wird, und darum auch die günstige Wirkung der Autovaccinebehandlung bei Typhus abdominalis.

Referatai.

VAIKŲ LIGOS.

26. D. Dimitrov (Sofija): Върху постдифтерийнитіо парализи. (Paralysis postdiphtherica) („Pediatr. Pregled." 1939. 2).

Nuo 1930 m. ligi 1936 metų universiteto vaikų klinikoje buvę 5,2% paralysis postdiphtherica. Po lengvo difterito paralyžius buvęs 4,2%; po piktybinio difterito — 31,7%. Dažniau jis buvęs, pavartojus mažas serum'o dozes. Serum'o taikymo laikas paralyžių atsiradimo atžvilgiu nevaidinęs vaidmens; ankstybas serum'o davimas negarantuojąs komplikacijų sumažėjimo. Nuo paralysis postdiphtherica mirę 27,6%. Kovai su paralyžiumi dažniausiai buvęs panaudojamas pituglandol'is (Roche) (iš 123 atsitikimų 82-jais atsitikimais). Ir tiktai 6 atsitikimais del abejotinų rezultatų buvęs vartotas strychininum. Pituglandol'io buvę švirkščiama 1—2 kartu per dieną po 0,5—1,0 ccm į poodį kasdien per 10—20 dienų.

Šito gydymo padariniai buvę palyginti geri.

T. Goldbergas.

27. S. L i e b e: **Über nicht heilbare Rachitis.** („Mschr. Kinderheilk." 1939 m. 78 t., 220 p.)

2½ metų kūdikis, turįs stipraus rachito reiškinius iš kaulų ir spazmofiliją iš raumenų srities, prieš metus buvęs gydytas klinikoje ir namie ištisus metus beveik be jokių vaisių. 3¼ m. jis buvęs dar gerokai psichiškai atsilikęs, nestovėjęs, taręs tik atskirus žodžius, turėjęs keturkampę galvą, ražančių, epifizių sustorėjimus, kreivas rankas ir kojas, rentgenologiškai kauluose buvę ypatingai maža kalkių. Gydymas buvęs labai energingas: du kursai vigantolio ir kalnų saulės po 4 ir 3 sav., 6 sav. D_3-vitaminas po 15 l. dienai, 14 dienų vigantolis į raumenis, D_2-vitamino smūgis; po 5 mėn. pertraukos 12 injekcijų parathyreoidin'o. Gydymo pradžioje fosforo kraujyje — 2,2 mg%, kalcio 8,3 mg%, pabaigoje — fosforo 3,1 mg%, kalcio 7,2 mg%, kauluose rentgenologiškai nepastebėta jokio kalkių padaugėjimo. Tik pagerėjęs kūdikio bendras stovis, raumenys ir psichinės funkcijos.

Įdomios tokio atkaklaus rachito priežastys. C h a i t'o nurodoma chroniška infekcija su karščio recidyvais tam kūdikiui nefigūruojanti.

W i e l a n d nurodąs, kad anksti gimusieji linkę sirgti rachitu, kuris sunkiau gydomas. Šitas kūdikis gimęs laiku 3500 gr. svorio. Diabeto, renalinio rachito nebuvę. G e r s t e n b e r g e r nurodąs hepatogeninio rachito galimumą, kai žarnose nesirezorbuoją riebalai. Šitam kūdikiui ištirta riebalų rezorbcija ir rasta 96,7%, be to, turėtų paveikti kalnų saulė ir parenteraliai įduotas vigantolis. Nesėkmingas parathyreoidin'u gydymas leidžiąs išjungti gl. parathyreoideae sutrikimą. Maitinimas dar namie buvęs tikslus, ne rachitogeninis, klinikoje kūdikis gavęs maža pieno turinčią vaisių ir daržovių dietą.

Tėvų anamnezėje patirta, kad tėvas du kartu turėjęs savaiminį kaulų lūžimą, jo kraujyje rasta maža fosforo ir kalcio. Visa tat rodą jo kaulų sistemos silpnumą, kurį jis galėjęs perduoti vaikui. Gal todėl terapija neveikusi tik kaulų sistemos, tuo tarpu psichinio ir statinio nepakankamumo reiškiniai pagerėję. Gal kalnų saulei ar vigantoliui paveikti kaulų sistemą reikalingas sudėtingesnis mechanizmas, kuris šitam pacientui del dar nežinomų, bet paveldėtų priežasčių, negalįs veikti. *P. Baublys.*

28. H u b e r: **Der Scharlach wird wieder schwerer.** („Kinderärztl. Prax.". 1939 m. 297 p.).

Daugelis autorių nurodą, kad skarlatina dabar turinti gerybinį pobūdį. Iki 1937—1938 m. ir Chemnice taip buvę, bet pastaruoju laiku pastebėta susirgimo padažnėjimas ir pasunkėjimas. Iš 223 ligonių daugelis gavę sunkių komplikacijų, 5 sirgę septine, 5 — toksine ligos forma, 4 mirę.

Ligos pasunkėjimas raginąs labiau susirūpinti jos gydymu. Gulėjimas pasveikus turįs būti kas kartas patariamas. Prasidėjus otitui, ausų stovis stropiai sektinas, kad prasidedąs mastoiditas neliktų praleistas. Dažni šlapimų tyrimai pagelbstį sučiupti nefrito pradžią. Nefritas susijęs su kepenų pakenkimu; H i r o nefrito profilaktikai sėkmingai vartojęs kepenų preparatus. Maiste turį būti pakankamai C-vitamino. Serumas turįs būti duotas kuo anksčiausiai po 20—30 ccm. į raumenis ar 5—15 ccm. į veną. Jis gal ir neapsaugojąs nuo komplikacijų, bet, padidėjus skarlatinos toksiškumui, turįs būti dažniau duodamas.

Prontosil'io teigiamo veikimo neradę P f a u n d l e r, O p i t z ir daugelis kitų autorių. Kraujo transfuzijos sunkiai skarlatinai gydyti daug padedančios. *P. Baublys.*

29. K l o t z: **Überlegungen zur Frage der Rachitis hepatica.** („Mschr. Kinderheilk." 1939 m. 79 t., 38 p.).

G e r s t e n b e r g e r stebėjęs rachitą kepenimis sergantiems vaikams: negauta jokių vaisių gydant juos žuvų taukais ir kvarco lempa.

Kadangi jų riebalų rezorbcija pasirodžiusi pakankama, jis manęs, kad antirachitinis faktorius neveikiąs del jo apykaitos sutrikimo sergant kepenimis.

Thoenes ir Gruson matę vaiką, turintį kepenų cirozę ir susirgusį keratomalacija. Voganas per os per 5 d. nepaveikęs; davus jo parenteraliai, ragena tuojau sugijusi. Po kiek laiko tam vaikui, gavusiam rachitą, vigantolis per os per 35 dienas nieko negelbėjęs. Švitinimas kalnų saule per 25 dienas pagydęs. Šito tyrimo išvada, kad, D-vitamino ir A-vitamino davus parenteraliai, nereikalinga kepenų funkcija.

Pastarieji autoriai nurodą, kad rachitis hepatica etiologijoje svarbiausią vaidmenį vaidinanti nepakankama riebalinio vitamino rezorbcija, bet tat nesutinką su kitais tyrimais, kuriais įrodyta ir cirozinėms kepenims pakankama kepenų rezorbcija.

Nauji Zaffke's tyrimai rodą didelį sąsyjį tarp A-hipovitaminozės ir kepenų cirozės. Parenteraliai davus vogano, vištakis praeinąs, bet tuojau vėl atsigaunąs. Matyti, nesveikos kepenys ne tik negalinčios pagaminti A-vitamino iš karotino, gaunamo per os, bet ir, gavusios jo parenteraliai, nesugebančios sukrauti jokios atsargos.

D-vitamino priklausomybė nuo kepenų liekanti dar neaiški del minėtų nevienodų tyrimų rezultatų. Gal gyvulinis žuvų taukų, vadinamas žmogaus kūno D_3-vitaminas, suduotas parenteraliai, nereikalingas kepenų, o žmogaus kūnui svetimesnis augalinis D_2-vitaminas jų reikalingas.

P. Baublys.

UROLOGIJA.

17. E. Dósza (Budapestas): **Harnröhrendivertikel.** (Uretros divertikulas) („Z. Urol. Chir.“ 44/2).

1 atsitikimas. 8 metų berniukas. Tėvai tučtuojau jam gimus pastebėję glans penis užpakalyje, apatinėje penis'o pusėje iškilumą, neskaudamą, vis didėjančią šlapinimosi metu ir vėl subliūkštančią post mictionem. Paskutiniu laiku šita iškiluma pasiekusi graikiško riešuto dydį. Apžiūrint šitą iškilumą pasirodęs esąs plonomis sienelėmis, fliuktuuojąs auglys. Visais kitais atžvilgiais genitalia esą tvarkoje. Endoskopija techniškai nepavykusi nepaisant panaudotų ploniausių instrumentų. Urethrographia parodžiusi divertikulą, susijungiantį su urethra labai siauru vamzdeliu. Šitas divertikulas buvęs įgimtas. Operacija. Divertikulinio maišo išlukštenimas. Po 8 dienų pasveikimas.

2 atsitikimas. 31 metų amž. batsiuvys. Prieš 9 metus tarpriečiu kritęs ant lentos krašto. Uretros plyšimas. Ligoninėje negalint kateteruoti, padaryta fistula suprapubica; Pezzaro kateteris. Operacija pro tarprietį uretros kanalui susiūti. Praėjus 6 savaitėms likviduota fistula suprapubica. Prieš vienerius metus vėl susimušęs tarprietį į dviračio balnelį. Nuo to laiko ligūsti reiškiniai pavidalu pasunkėjusio šlapinimosi ir tai tiktai siaura čiurkšle, kartais ir lašais. Šlapimuose retkarčiais pasirodąs kraujas, paskutinėmis dienomis šiurpulys, skausmai šlapimpūslyje ir inkstuose. Apžiūrėjimo duomenys: t^0 $39{,}9^0$, sepsinis stovis, šlapimpūslis prisipildęs ligi bambos; abiejų inkstų sritys skausmingos. Randai ant symphysis'o ir po scrotum'u vidurinėje linijoje po buvusių operacijų. Scrotum'inės uretros srityje apčiuopiamos kūdikio kumščio didumo randinės kietos masės. Prieš infiltratą turkiško riešuto dydžio, užpakalyje graikiško riešuto dydžio 2 kieti padarai, vos judami ant savo pagrindo ir panašūs į uretros akmenis. Kišant kateterį 12 nr. sutinkamas uretroje pasipriešinimas 15 cm. gilumoje. Ploniausi bužai nepraeiną. Paprastoji rentgenograma rodo du šešėliu užpakalinės uretros rajone. Padarius uretrografiją matomi 2 akmenys, gulintieji uretros divertikule. Kitose uretropoetinės sistemos dalyse akmenų nematyti.

Operacija. Randinių audinių išpjovimas. Sectio alta; Pezzaro kateteris. Iš šlapimpūslio pašalinta pusantro litro smirdančių šlapimų. Praėjus 3 sa-

vaitėms po ligonio privedimo į normalų stovį, padaryta tarpriečio (perineum'o) operacija. Pašalinti 2 akmenys iš uretros divertikulo ir išpjauti randai. Exstirpatio diverticuli cum resectione urethrae pasirodė negalima, todėl dalinis divertikulo randinių dalių iš kairės ir iš dešinės išpiovimas ir uretros susiuvimas. Sanatio. Šitas divertikulas antrinės, trauminės kilmės. *T. Goldbergas.*

18. W o d t k e J e s k o (Berlynas): **Witamin C bei urolog. Erkrankungen.** (C-vitaminas urologinių susirgimų atsitikimais). Disertacija. 1939 m. Berlynas.

Autoriaus tyrimai liečia C-vitamino apykaitą organizme senių, sergančių urologiniais susirgimais, dalinai prostatikų, o taip pat padidinto C-vitamino teikimo gydomąjį veikimą tų pačių ligonių organizmui. Bandymai buvę kontroliuojami Tilmans'o metodės (dichlorphenol-indophenol „Roche" tabl.) pagelba C-vitaminais organizmo prikrovimo metu. Visiems šitiems ligoniams buvęs konstatuotas C-vitamino nepriteklius, svyruojąs tarp 1,500 mg. ir 5.800 mg. askorbininės rūgšties. Vienam ligoniui, nerezorbavusiam pilnumoje per os įduoto redoxon'o, tatai pavykę įšvirkštus redoxon'o (Roche). Toliau buvę nustatyta, kad dažniausiai reikėję 300 mg. redoxon'o (Roche) kasdieniniam C-vitamino sunaudojimui padengti. Aukštą C-vitamino nepriteklių šitiems urologiniams ligoniams autorius negalįs išaiškinti sumažėjusiu C-vitamino kiekiu maiste arba per dideliu šito vitamino eikvojimu pas senius, o manąs, kad šitas padidėjęs organizmo pareikalavimas būnąs urologinių susirgimų metu. Antra vertus, padidėjusio askorbininės rūgšties redoxon'o pavidalu teikimo dėka stebimas žymus paveikimas urologiniams susirgimams ligos ilgumo ir likvidacijos atžvilgiu. *T. Goldbergas.*

ODOS IR VENER. LIGOS.

9. Dr. H. M e y e r: **Ein Beitrag zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit dem Diseptal A Uliron.** („Derm. Woch." 1939 m. 30 nr.).

Pasirodžius literatūroje daugiau medžiagos apie gonorėjos gydymą uliron'u, autorius pateikia savo išvadas gydant 191 moterį, kurios geriausiam uliron'o veikimo susekimui buvo suskirstytos į penkias grupes.

Pirmajai grupei, iš viso 26 moterims, mažiausiai 4 savaites gydytoms sidabro ir kitais preparatais, buvę duota per 10 dienų 3 kartus per dieną po 1 tabletę. Po šito davinio buvę tikrinti tepinėliai ir, jei gonokokų buvę rasta, tai vėl duota be pertraukos 3 kartus per dieną po 2 tabletes iki gonokokams išnykstant. Tuo būdu atskiros moterys gavusios nuo 30 iki 90 tablečių. Komplikacijų nebuvę. Pagiję 96%.

Antrajai grupei, iš viso 33 moterims, irgi mažiausiai 4 savaites gydytoms, duota 3 kartus per dieną po 1 tabl. per 10 dienų ir lokaliai plauta su silpnu sol. kalii hypermanganici. Praėjus 10 dienų po uliron'o suvartojimo, provokuota arthigon'u intra venam, aolan'u, lokaliai Lugol'io ir formalino skiediniais. Pagiję 93,3%. 6 gavusios komplikacijų: išbėrimų, bendrą silpnumą. 6 buvo gydytos be paruošiamojo kurso. Pagiję 50%.

Trečiajai grupei, iš viso 71 moteriai, duota 3 kartus per dieną po 2 tabletes per 4 dienas. Jei tepinėliuose gonokokų nerasta, leukocitų skaičius mažesnis, tai po 10 dienų provokuota. Jei gonokokų rasta, tai po 7 dienų antrą kartą 3 k. per dieną po 2 tabl. per 4 dienas ir po 10 dienų provokacija. Po pirmos dozės (24 tabl.) 18-kai moterų gonokokai išnykę. 6-ioms uliron'as nutrauktas del bendro negalavimo, cyanozės, galvos skaudėjimo. 2 dozėmis (48 tabl.) buvusios gydomos 48 moterys. Vienai iš jų nutraukta del tachikardijos ir lengvo sistolinio ūžesio ties širdies viršūne ir 6 — del bendro negalavimo. Pagiję 62%.

Ketvirtajai grupei, 25 moterims buvę duota 3 k. per dieną po 2 tabl. per 3 dienas. Vienai gydymas nutrauktas po 14 tablečių del širdies mušimo, antrai del skausmų kairiajame žaste; trečiai 8 dienoms praėjus po vaistų priėmimo buvęs gautas icterus, kuris subjektyvių nusiskundimų nesudaręs. Pagiję 44%.

Penktajai grupei, iš viso 30 moterų po 2 uliron'o dozių (48 tabl.) įterpta arthigon'o kursas. Pagiję 53,3%.

3 nutraukta del vėmimo ir išbėrimų. 3 buvo nėščios ir uliron'ą gerai toleravusios; jos pagijusios.

123 moterims tikrintas kraujo vaizdas pradėjus ir baigus uliron'o kursą. Konstatuota leukopenijų su reliatyvia lymfocitoze, leukocitozių su lymfocitoze ir lymfopenijų. Iš kraujo vaizdo pakitimų negalima spręsti apie pasveikimą ar komplikacijų pavojų.

Santrauka.

1. Geriausi rezultatai pavartojus uliron'ą mažiausiai po 4 savaičių vietinio gydymo sidabro ir kitais preparatais (pirmosios ir antrosios grupės rezultatai).
2. Dozės 6 tablečių per 3 dienas per maža (ketvirtosios grupės).
3. Arthigon'o įterpimas į uliron'o kursą nereikalingas.
4. Komplikacijos nuo 6 tablečių per dieną sunkesnės, kaip nuo 3 tablečių.
5. Kenksmingas uliron'o veikimas nėštumui nestebėtas.
6. Gonorojinių komplikacijų gydymo metu ir po uliron'o gydymo nestebėta.
7. Kraujo vaizdo pakitimas prognozės nenusako.

M. Vaitėnas.

FIZIOLOGIJA IR BIOLOGIJA.

2. Klapp: **Ueber den Locus minoris resistentiae** („Münch. med. Wschr." 1939 m. 21 nr.).

Jau seniai esą patirta, kad žmonės į šaltį, į infekciją labai įvairiai reaguoją. Vienas po tokio paties vietinio nušalimo gaunąs slogą, kitas — bronchitą, trečias — gastro-intestininius susirgimus, ketvirtas — pyelitą. Taip pat po psichinės traumos visuomet reakcija esanti labai individuali. Tat įvykstą del susidariusio locus minoris resistentiae konstitucine prasme. Pvz., Ulmann savo eksperimentiniais darbais įrodęs, kad labai nukraujavusiems gyvuliams tie patys mikrobai daug greičiau ir dažniau sukelią osteomyelitą negu normaliems gyvuliams. Kraske manąs, kad prieš nukraujavimą turėjusi būti slapta osteomyelito infekcija, o po nukraujavimo pasireiškusi del susidariusio locus minoris resistentiae, reinfekcija. Autorius neigia, kad del toksiško organizmo pakenkimo ar del nukraujavimo galėtų pasidaryti visas organizmas kaip locus minoris resistentiae.

Jau seniai esą patirta, kad del vienkartinės traumos tiesiog ar netiesiog paliestieji audiniai ar jų dalis galį duoti didelio laipsnio funkcijos sutrikimą. Čia geriausias pavyzdys esanti commotio cerebri. Ne tik smegenys, bet ir kiti organizmo organai galį po traumos su commotio, t. y. su praeinančiu funkcijos sumažėjimu be anatomiškų pakitimų, reaguoti. Taip pat commotio cordis et hepatis galį pasireikšti del traumos. Commotio hepatis esąs grynai funkcinis kepenų sutrikimas, pasireiškiąs icterus'u be anatomiškų pakitimų kepenyse.

Viena iš svarbiausių audinių funkcijų esą kova su infekcija, toksinų sunaikinimas. Trauma sumažinanti apsiginamąsias organizmo jėgas, todėl labai dažnai pasitaikąs supūliavimas traumotoje organizmo vietoje, jei ten buvo tam tikro virulentingumo bakterijų, nes sužeisti audiniai negreitai atgauną savo rezistenciją, kaip manąs Kocher, kuris toje srityje esąs padaręs daug eksperimentų.

Kocher po oda apsukdavęs gyvulių pautus ir gaudavęs jų nekrobiozę, bet niekada nepasireikšdavusi gangrena. Gangrena pasirodydavusi tais atvejais, kai prieš apsukimą įleisdavęs gyvuliukui į kraują pūvėsių. Toliau Kocher, paveikdamas įvairiais chemikalais kaulų smegenis, niekada negaudavęs osteomyelito.

Autorius mano, kad prieš traumą organizme esančios bakterijos vėliau randančios gerą maistą sužeistuose audiniuose.

Haberland manąs, kad ir maža trauma galinti sudaryti locus minoris resistentiae. Honsell, eksperimentuodamas su gyvuliais, niekada po lengvos traumos negaudavęs kaulų ir sąnarių tbc. Mat, po lengvos traumos atsirandanti audinių hiperemija ir drauge padidėjančios lokaliai apsiginamosios jėgos, kurios saugančios nuo infekcijos.

Lücke įrodęs, kad po traumos pasirodąs kraujo apytakos sutrikimas, nuo kurio pareinąs locus minoris susidarymas. Juo ilgiau trunkąs apytakos sutrikimas, tuo didesnis galimumas patekti infekcijai. Lengva trauma negalinti sudaryti locus minoris resistentiae. Pagal Läwen'ą ir Müller'į tat pat tinką ir del šalčio veikimo. Burckardt nuomone, jautriausi šalčiui organai esą kaulai ir jų smegenys.

Dažnai pasitaiką, kad po kelio sąnario kontuzijos išsivystą jo empyema; o kai kurie autoriai tvirtina, kad osteomyelitas galįs išsivystyti po traumos del susidariusio locus minoris resistentiae. Bet šitas klausimas esąs plačiai diskutuojamas. Prieš 60 metų Beker, Krause ir Rosenbach gavę tipišką osteomyelitą po subkutaninės fraktūros, įleidus į veną pūliavimą sukeliančių bakterijų. Rodet be traumos gavęs osteomyelitą, įleidus į veną bakterijų, sukeliančių pūliavimo procesą, eksperimentuojant su gyvuliais.

Liniger ir Magnus tvirtiną, kad trauminis osteomyelitas esąs didelė retenybė: 7%

Kaufmann	20—40%
Thiem	14%
Schmidt	30%
Molineus	5%

Autorius nesutinka su Liniger'io nuomone, kad del traumos galįs išsivystyti osteomyelitas.

Po traumos turįs praeiti tam tikras laiko tarpas, kol išsivystąs osteomyelitas, nes turinti pradėti veikti latentinė infekcija:

pagal	Stichs'ą	po 5—6	dienų
„	Gerrè	„ 1	savaitės
„	Thièm'ą	„ 2	savaičių
„	Liniger'į	„ 2—3	„
„	Molineus'ą	„ 3—4	„
„	König'ą	„ 4	„
„	van Amstel daugiau kaip po 10 savaičių.		

Dažnai esą sunku atskirti trauminis locus minoris resistentiae nuo reinfekcijos kliniškai pasveikusio be fistulių osteomyelito vaikams. Magnus tvirtinąs, kad stafilokokai ilgus metus galį būti in „vita minima" osteomyelitiniame židinyje, o po traumos šitas židinys atsigaunąs.

Dažniausiai trauminio osteomyelito dėsniai tinką tuberkuliozei. Trauminės tuberkuliozės dažnumas

pagal	Joss'ą	7%
„	Lemgen'ą	10%
„	Hahn'ą	12—14%
„	König'ą	20%
„	Wiener'ą	28%
„	Sprengler'ą (čiurnos kaulu tbc.)	31%
„	Horetzky (stuburkaulio tbc.) . .	44%
„	Riverna	47%
„	Taylor'ą	53%
„	Sayre	70%

Labai įdomus ir praktiškai svarbus klausimas esąs apie sąsyjį tarp locus minoris resistentiae ir auglių susidarymo.

Lubarsch savo darbe tvirtinąs, kad kol kas nėsą visai aišku, nėsą eksperimentiškai įrodyta, jog vienkartinė trauma galinti sukelti auglio augimą. Jo nuomone, trauma galinti paskatinti buvusio latentiniame stovyje auglio augimą. Be to, trauma galinti pagreitinti metastazių susidarymą. *T. Šiurkus.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× Apie antirachitinio vitamino parenteralinį vartojimą. Pradėjus gydyti rachitą vienkartinėmis D-vitamino dozėmis (smūginė terapija), pastebėta, kad kartais kūdikiai išvemią, išspjauną vaistų dalį. Tai atsiliepią ir veikimui. Todėl tiksliau esą vartoti pilnos nesumažintos dozės, 10—15 mg., kad būtų tikslesni rezultatai, nors tyrimai parodę, kad ir 6 mg. D-vitamino pakanką rachitui išgydyti.

Del tos pačios priežasties autorius mėginąs švirkšti sterilų D_2-vitamino aliejinį skiedinį į raumenis. Iš šešių kūdikių penkiems tas švirkštimas nieko nepaveikęs, šeštam tik po penkų savaičių sugijęs craniotabes. Kitų autorių panašūs mėginimai davę įvairių rezultatų. Harnapp, Nitseke radę, kad parenteraliai veikiąs tik D_3-vitaminas, o D_2-vitaminas parenteraliai neveikiąs.

Vaikų, gavusių D_2-vitamino smūgį, skrodimai parodę, kad kepenyse šito vitamino nerandama. Kur jis sukraunamas, neaišku.

Smūginis gydymas sudarąs didelę pažangą rachitui gydyti, ypač craniotabes juo gerai paveikiamas. Ir periferiniai rachito požymiai neblogiau praeiną, negu paprastai vigantoliu gydant. Ypač svarbus to gydymo paprastumas. Išvemiantiems kūdikiams galima būtų įduoti visas nedidelis D-vitamino skiedinys atskiromis dozėmis, suskirsčius parai. Veikimas neturėtų būti mažesnis negu įdavus vieną kartą.

Wolff gydęs sėkmingai rachitą kraujo transfuzijomis. Autorius mėginęs perpilti rachitikui kraują kito vaiko, gavusio D_2-vitamino didelę dozę, tikėdamasis tuo būdu perduoti jau asimiliuotos ir pasisavintos antirachitinės medžiagos. Rezultatų negavęs. (Klotz: „Mschr. Kinderheilk." 1939 m. 79 t. 43 p.). *P. Baublys.*

× Vaikų paralyžiaus gydymas tetrophan'u. Tetrofanu nuo 1908 m. gydomi centrinės nervų sistemos susirgimai, lydimi refleksų sumažėjimo ir išnykimo. Pohl ir Hesse nurodę, kad tetrofanas veikiąs periferijos raumenis, kiek mažiau smegenis ir visiškai neveikiąs nugaros smegenų. Nepaisant to, daugelis autorių tetrofanu sėkmingai gydę poliomyelitą.

Sehestedt, tyręs tetrofano veikimą 23 susirgusiems poliomyelitu, įrodęs beveik visišką jo neveiklumą. Tik gresiant diafragmos paralyžiui, intraliumbalinė tetrofano injekcija galinti išgelbėti gyvybę.

Autorius 1935—1938 m. tetrofanu gydęs 6 iš 12 turėtų poliomyelito atsitikimų. Vienos ir antros grupės gydymo rezultatai buvę panašūs. iš šešių, gydytų tetrofanu, pasveikę 3, pagerėję 3. 2 kartus turėti pavojingi diafragmos paralyžiai, kurie, kaip kad ir Sehestedt nurodo, nuo intraliumbalinės tetrofano injekcijos puikiai pasitaisę. Nors autorius tokių pagerėjimų matęs ir negydant tetrofanu, tačiau nusistatęs ateityje kiekvieną diafragmos paralyžių mėginti gydyti tetrofanu.

Podifterinio gomurio paralyžiaus tetrofanu autoriui pagydyti nepavyke, bet n. abducens paralyžius po meningito, per 4 d. davus tetrofano, visiškai praėjęs. (Radermacher: „Mschr. Kinderheilk." 1939 m. 79 t. 50 p.). *P. Baublys.*

× Kraujo gaminamųjų organų gydymas sojos miltais. Sojos pupos turinčios daug baltimų, riebalų, A-vitamino, D-vitamino ir ypač daug B-vitaminų. Sojos baltimai ypač vertingi, nes kaip ir kazeinas turįs gyvybei būtinas amino rūgštis: triptofaną, histidiną ir pan.

Tukuma 1935 metais 6 kūdikius maitinęs be pieno iš sojos, kviečių miltų, sezamo aliejaus, cukraus, druskų ir vaisių sulčių susidedančiu maistu ir gavęs ryškų hemoglobino ir eritrocitų padaugėjimą.

Dabar autoriai maitinę penkis kūdikius paprastu maistu, pridėję pro kg 6—9 gr. sojos miltų. Taip pat šėrę penkias žiurkes. Tyrimo metu darę smulkiausius kraujo tyrimus. Po 1—2 sav. gavę ryškią retikolocitų krizę, po 2 sav. didelį hemoglobino ir eritrocitų padaugėjimą.

Toliau 5 kūdikiai gavę maisto mišinį iš 7% sojos miltų, 3% sezamo aliejaus, 5% ryžių miltų ir 5% cukraus su 0,2% druskų mišiniu. Kartu 4 žiurkes šėrę tik po 66 gr. sojos miltų parai. Taip padidinus sojos miltų kiekį, retikulocitų krizė, hemoglobino bei eritrocitų padaugėjimas buvę dar ryškesni.

6 žiurkės, anemizuotos grynai pienišku šėrimu, davus sojos, greitai nuo anemijos pasveikusios.

Manoma, kad sojos antianemiškas veikimas pareinąs nuo didelio geležies ir vario kiekio, triptofano ir B-vitaminų komplekso.

Sojos miltai del savo gero skonio gerai tinką maistui, anemijai gydyti, taip pat ir nujunkytam kūdikiui maitinti. (Takuma, Sakurai: „Mschr. Kinderheilk." 1939 m. 79 t. 62 p.). *P. Baublys.*

× Vaikų chorejos gydymas pyramidon'u.

Pastaraisiais laikais Leningrado vaikų klinikoje įsigalinti mintis apie chorejos etiologinį sąsyjį su reumatizmu, kurs vykusiai gydomas didelėmis pyramidon'o dozėmis; iš čia kilusi mintis pritaikyti šitą gydymą chorejos atveju. P. Aronovič ir N. Keler aprašo 32 atsitikimu chorejos, gydytus pyramidon'u. Tame skaičiuje buvę 22 mergaitės ir 10 berniukų, nuo 4 iki 13 metų amž. Pagal klinišką vaizdą buvę 15 sunkių atsitikimų, 16 vidutinių ir 1 lengvas; pirmą kartą sirgę 24 vaikai, kartotinai 5 ir trečią kartą 3 vaikai. Daliai ligonių, be chorejos, dar buvę šie reumatinės infekcijos reiškiniai: ūminiai endokarditai 15 atsitikimų, ūminiai poliartritai 2; tik chorejos atsitikimais nebuvę širdies ir sąnarių susirgimo. 17-ai ligonių buvę rasti pakitimai žiotyse ir tonsilėse, k. a.: chron. tonsilitas, tonsilių hipertrofija; kiti vaikai seniau buvę sirgę angina.

Gydymo schema: pyramidon'as skiriamas po 0,2—0,4 vienam kartui, pirmas 5 dienas 4 kartus per dieną, kitas 5 dienas ta pati dozė duodama 3 kartus per dieną, trečias 5 dienas ta pati dozė 2 kartus per dieną ir paskutines 5 dienas 1 kartą per dieną; gydymas užtrunkąs apie 3 savaites. 6 metų vaikai parai gaudavę maximum 0,8 pyramidono, nuo 7 iki 10 metų — 1,2, vyresni kaip 10 metų — 1,6. Šitie vaikai jokių kitų vaistų negaudavę. Visi ligoniai gulėdavę lovoje ir daugelis iš jų gaudavę šiltas vonias. Gydant pyramidon'u pirmų arba antrų penkių dienų neramumas sumažėdavęs, pagerėdavusi kalba ir kiti chorejiniai simptomai, trečios savaitės pabaigoje jie beveik visai pranykdavę. Baigus gydymą pyramidon'u, ligoniai keletą dienų papildomai gaudavę calcium chloratum. Jeigu pyramidon'u gydymas atskirais atsitikimais nepadėdavęs, būdavęs daromas sutrumpintas papildomas kursas (kiekviena dozė buvusi skiriama 2—3 dienas vietoje 5). Jeigu pasveikimo ir nuo šito gydymo nebūdavę gaunama, tada būdavę gydoma kitais gydymo būdais (arsenu, antipirinu, cilotropinu, galvos diatermija).

Gydymo rezultatai: 19 vaikų pasveikę, 8 nevisai ir 5 visai nepagerėję. Lyginant vaikus, gydytus pyramidon'u, su kitais gydymo būdais, reikią pastebėti, kad nuo šito gydymo liga nesutrumpėdavusi, vidutiniškai klinikoje reikėję gulėti gydant vienu ar kitu būdu 5 savaites. Komplikacijų nuo gydymo pyramidon'u neturėta. Pyramidon'as indikuotinas chorejai gydyti tais atvejais, kai tuo pačiu laiku yra kiti reumatinės infekcijos reiškiniai (polyarthritis, endocarditis). („Sov. Pedijatrija". 1939 m. 7 nr.). *V. Tercijonas.*

Gyd. A. Jackūnas, Kaunas.

Pneumotorakso platesnis vartojimas.

Mūsų krašte dirbtinis pneumotoraksas plaučių tuberkuliozei gydyti nėra paplitęs. Sergančiųjų plaučių tuberkulioze įvairiomis formomis priskaitoma tūkstančiais. Regis, jų visai mažas % tepatenka į sanatorijas. Dar mažesnis % gydosi kitose vietose, kur daromas pneumotoraksas — pas privačius gydytojus, įvairiose ligoninėse. Visa masė tuberkuliozininkų (tbk.) kaimo sąlygose lieka namie, retkarčiais aplankydama gydytoją ir gaudama gerti vaistų. Galima nesuklysti tarus, kad dauguma ligonių pasitenkina tokiuo gydymu, pasitikėdami esą gydomi ir geria vaistus. Žinoma, tuberkuliozė plaučiuose rūtuliuojasi savo keliu, tik retas iš tų ligonių ištrūksta iš kaimo atmosferos ir gauna ne paliatyvią, bet aktyvią intervenciją. Daugelis nutraukia ilgėlesnį gydymą del lėšų stokos. Galima sakyti, negydomų tbk. pas mus daugiausia. Beviltiškas liaudies posakis „jis serga džiova" su rankos numojimu dar plačiai paplitęs.

Kurios priežastys tokiam tbk. gydymo stoviui?

Jei daug galima padaryti tuberkuliozės profilaktikos srityje, tai ne mažiau reikalingas ir sergančiųjų gydymas. Visi kartoja: reikia pradėti gydyti kaip galima anksčiau. Ir sanatorijoms nėra kas veikti su užleistais atsitikimais. Kovoje su tuberkulioze sveikatos punktų tinklas yra didelis šuolis pirmyn. Dar neteko nugirsti, kaip sveikatos punktų gydytojams sekasi šitoje dirvoje. Vertėtų kasmet paskelbti santrauka, kaip jų veikla atsiliepia į tuberkuliozės plytėjimą krašte. Kokią reikšmę turi liaudies mokytojai krašto švietime, prieauglio fiziškame auklėjime ir t. t., tokį vaidmenį krašto gyventojų sanacijoje turėtų atlikti sveikatos punktų gydytojai. Jiems pirmiems tenka daryti tbk. atranka ir čia dalis gydyti vietoje, čia dalis siųsti toliau. Kaip darbas susiderins su tbc. dispanseriais, parodys ateitis. Gal sumažės tas vargas, kuris apninka tbk., kai jam tenka ieškoti, kas padarytų pneumotoraksą.

Dažnai savo apskrities mieste jis to neranda. Apskr. miesto priv. gydytojai pneumotorakso nedaro, apskrities ligoninė taip pat nedaro, nes neturi dargi aparato, nors rentgeną ir turi. Draugijos kovai su tbc. dispanserio taip pat nėra. Tenka žmogui važiuoti kur nors dar į didesnį ir tolimesnį miestą. Dažnas nebeišgali: kelionė, pneumotoraksas, rentgenas, vaistai — jam per brangu. Nenuostabu, kad tokie ligoniai veržiasi, kur jiems patogiau: sakysime pakraščių gyventojai važinėja čia į Latviją, čia į Klaipėdą pneumotorakso daryti; buv. Klaipėdos krašto gyventojai važinėdavo į Tilžės kraštą.

Tat rodo, kad labai pribrendęs yra reikalas turėti tankesnį tinklą vietų, kur būtų daromi pneumotoraksai. Seniai buvo laikas tuo susirūpinti. Kas darytina?

Visų pirma reikia, kad bent apskrityje būtų nors viena vieta tam tikslui. Dabartinėmis sąlygomis patogiausiai tat galėtų padaryti apskričių ligoninės. Draugija kovai su tbc. kiek išgali, tiek steigia ir laiko dispanserių. Visose apskrityse ji nepajėgia įsteigti. Jai į pagelbą galėtų ateiti visi, kas gali — savivaldybės, R. Kryžius ir kt. Apskričių savivaldybėms tat kaštuotų visai nedaug lėšų — pneumotoraksui daryti aparatas kaštuoja 200—300 litų. Tačiau dauguma apskričių ligoninių iki šiol aparatų neturi.

Antra — apskričių ligoninės neturėtų vengti priiminėti tbk. stacionariškam gydymui. Bent palaikyti ligoninėje tiek laiko, kiek reikia pirmam pneumotoraksui padaryti. Kažkodėl visur vyrauja nuomonė, esą tbk. gydyti apskr. ligoninėje netinką, ir surandama visokių priežasčių. Kas svarbiausia, tokią nuomonę skleidžia ir palaiko patys gydytojai, pradedant nuo apskrities ligoninės. Rezultate tuberkuliozininkai negauna aktyvaus gydymo ir grįžta su receptu į namus. Pas mus nedaug yra bendrinių ligoninių, kur gydomi tbk., bet apskričių ligoninėms būtų tai pareiga. Čia prieinamiausia ir pigiausia būtų nustatyti proceso aktyvumas ir gydymo kryptis.

Reikia turėti galvoje, kad, veikiant sveikatos punktams, žymiai padidės kiekis tbk., norinčių gydytis pneumotoraksu. Savaime aišku, kad bus daug paraginimų gydytis iš punktų gydytojų pusės, kurie savo apylinkėse trumpu laiku jau žinos, kuriuose kaimuose ir kokie tuberkuliozininkai yra. Sėkmingai kovai su tbc. turi būti glaudus bendradarbiavimas tarp praktikuojančių gydytojų, dispanserių ir gydomų tbc. įstaigų — sanatorijų, ligoninių. Šitie klausimai mažai gvildenami ir sunku įsivaizduoti, kuriose įstaigose tuberkuliozininkai galės susirasti reikalingą sau pagelbą — pneumotorakso padarymą.

Geresnę padėtį randame tose apskrityse, kur veikia džiovininkams sanatorijos, pvz., Alytuje. Bet tai išimtis. Apskritai sanatorijos ne labai gali čia pagelbėti. Viena, pas mus jų yra maža. Dar nėra vilties, sakysime, kad įsikurtų kokia sanatorija džiovininkams šiaurės Lietuvoje. Iš tolimų apskričių ne bet kas gali atvažiuoti į sanatoriją gydytis. Antra, sanatorijos statomos atitinkamose joms vietose ir patogumo atžvilgiu turi tendenciją kurtis būriais.

Kad pas mus dar mažai yra organizuotas pneumotoraksinis gydymas, galima paminėti šį palyginimą. Priiminėjant paskutinius 2 metus naujokus Klaipėdos krašte, teko matyti naujokų iš povyzos visai sveikų ir tvirtų, bet — vienam pada-

rytas pneumotoraksas, antram phrenikoexhairese, trečiam torakoplastika ir t. t. Ar Lietuvoje matė kas tokių naujokų?

Kovoje su tbc., kaip ir kitomis infekcijomis, pasisekimą nulemia ne ekonominės sąlygos. Nuolatinis problemos gvildenimas, konkretūs žygiai, organizuotumas bene daugiausia duoda gerų pasėkų. Daugelis piliečių pasijustų darbingais. Plačiai vartojant pneumotoraksus, ambulatoriškai ar kitaip, ⅔ tbk. su atvira forma būtų grąžinamas ilgalaikis darbingumas. Visoje Lietuvoje tokių susirastų ne vienas tūkstantis. Gydyti tenka 2, geriau 3 metus. 4—6 mėn. reikia išlaikyti stacionariai, norint padaryti pneumotoraksas. Gydymas pneumotoroksu ½—1 metus duoda 45% pastovių rezultatų, 2 metus — 75%. Koliapsinė terapija reikia pradėti kaip galima anksčiau. Kada iš apyskaitų pamatysime šito labai trumpo ir plataus posakio vykdymą?

Tas posakis yra aktualus ir tose valstybėse, kur dargi nebekeliamas klausimas, kas padengs pneumotoraksu gydymo išlaidas, tvarkomas įvairios rūšies organizacijų. Ankstyvesnę atranką tbk. pas mus, rodos, vykdo kovai su tbc. draugijos dispanseriai. Bet jų, palyginti, dar maža. Prancūzija plačiu mastu su tuberkulioze pradėjo kovą tik didž. karui pasibaigus. Kai kurių departamentų, kaip, pvz., Finistère, dispanserių globa siekia tolimiausių užkampių tuberkuliozininkus, žinoma, ne vien suaugusius, bet ir vaikus. Ir tai nieko nekaštuoja nei valstybei, nei savivaldybėms. Mūsų sąlygose, nedelsiant, rodos, gydymas pneumotoraksu apskričių ligoninėse galėtų būti vykdomas. Nereikėtų nei brangiai kaštuojančių sanatorijų, kurių dar neišgalime pasistatyti. Neabejotina, ir dabartinėse sąlygose galima būtų susilaukti daug visiškų pagijimų, daug kas apsigydytų, daug kas, nešiodamas pneumotoraksą, jaustųsi pusėtinai darbingas.

Résumé.

L'auteur examine les moyens plus larges d'application de pneumothorax en Lithuanie.

Gyd. V. Avižonis.

Mokslinės komandiruotės į Karaliaučių 1939. IV. 4—7 d. apyskaita.

1939. IV. 4 d. išvykau į Karaliaučių pas prof. Birch-Hirschfeld'ą susipažinti su jo histologiniais trachomos preparatais ir patirti jo pažiūrų bei interpretavimo trachomos sukeliamų pakitimų vokų kremzlėje ir konjunktivoje. Nors laikas del netikėtų politinių įvykių ir nebuvo palankus tokiai kelionei, bet prof. Birch-Hirschfeld priėmė mane labai maloniai ir pasistengė išsamiai supažindinti mane su savo pažiūromis įvairiais trachomos patologijos klausimais ir su savo preparatais, kurių turi prisirinkęs labai daug iš tų laikų, kai dar buvo direktorium Karaliaučiaus Universiteto Akių Klinikos, kur komplikuotai trachomai gydyti seniai

vartojama viršutinio voko kremzlės su konjunktiva ekscizija. Jis pabrėžė klaidingą nuomonę, kuri susidaro pasiskaičius apie trachomą įvairių vadovų ar vadovėlių. Trachomos skirstymas įvairiomis stadijomis, kad ir, pvz., Mac Callan'o klasifikacija, paduotoji jo monografijoje apie trachomą, neatitinka histologinių radinių. Taip pat ir siūlomi įvairūs gydymo būdai vienos ar kitos trachomos studijoje yra klaidingai pagrįsti ir todėl neduoda laukiamų vaisių. Birch-Hirschfeld galis pasakyti, kad jau infiltracinėje stadijoje esama žymių jungiamojo audinio visimo, kuris paintensyvėja celių griuvimo periode ir, kad įvairios stadijos būna susimaišiusios tuo pačiu atsitikimu: vienoje vietoje jau eina aiškus randėjimas, o kitoje vietoje darosi dar tik infiltracija. Todėl jis savo darbe apie trachomą „Zur pathologischen Anatomie und Therapie des Trachoms etc." skirsto trachominius pakitimus pagal jų anatominę lokalizaciją: epitelyje, poepiteliniame sluoksnyje, prieškremzliniame sluoksnyje ir kremzlėje.

Sergant trachoma, epitelyje, kaip ir kituose konjunktivos uždegimuose, storėja ir auga epitelis, pasidaro papilinė hipertrofija, o trachomoje, be to, dar vėliau pasidaro ir tikrų epitelinių cistų poepiteliniame ir prieškremzliniame sluoksnyje. Cistos pasidaro epiteliui smarkiai išsigaubiant į gilumą, į smarkiai infiltruotą poepitelinį sluoksnį, ir atsiskiriant įdubusioms dalims nuo likusio epitelio. Tai įvyksta arba del infiltracijos ar del randų, kurie traukia epitelio ataugas į gilumą. Cistos turi labai didelę neigiamą reikšmę trachomos gydymui. Jos išpurina poepitelinį ir prieškremzlinį sluoksnius ir sudaro palankias infiltracijai sąlygas, o randėjimo procesui ir audinių sukompaktėjimui rimtą pasipriešinimą. Tų cistų pasidarymu jis iš dalies grindžia ir trachomos operatišką gydymą — kombinuotą kremzlės eksciziją. Iš epitelio pakitimų vėlybose trachomos stadijose dar galima stebėti epitelio suskeldėjimas, arba net viso jo sluoksnio įplyšimų, taip pat epitelio suplokštėjimas.

Poepiteliniame audinyje ryškiausias pakitimas yra folikulas. Bet, pasak P.-H., folikulas, kaipo toks, nėra tipiškas trachomos požymis; jis sudaro tik dalį būdingo trachomai histologinio vaizdo. Todėl unitaristai klysta remdamiesi folikulu, norėdami sugretinti folikulinį katarą ar folikuliozę su trachoma. Reikia pabrėžti, kad B.-H. priklauso prie dualistų.

Lymfocitų tendencija sudaryti folikulus, pagal B.-H., yra ne specifiškas vyksmas del kurio nors vieno dirgio, bet labiau reakcijos būdas į įvairiausius išorei eksponuoto audinio — junginės jaudinimus.

Mac Callan'o pažiūrą, pareikštą jo knygoje „Trachoma" ir paremtą Pulvertaft'o tyrimais, kad išspaudžiamos II-oje trachomos stadijoje pūsliukės nėsą išvisę folikulai, o tik cistos, pasidariusios iš Meibom'o liaukų, Birch-Hirschfeld laiko perdėm klaidinga. Jo tyrimai griežtai paneigia tokių cistų pasidarymo galimumą iš Meibom'o liaukų poepiteliniame sluoksnyje; jos tame sluoksnyje gali būti kilusios tik iš epitelio. Taip pat Mac Callan'o pažiūrą, kad folikulai negalį degeneruoti arba išsispausti iš obuolio junginės, jei jie ten būna, B.-H. laiko taip pat klaidinga ir neatitinkančia jo stebėjimų bei tyrimų. Taip pat paplitusią pažiūrą, kad folikulai suminkštėją ir išsituštiną pro pratrūkusį epitelį, jis laiko ne visai atitinkančia tiesos, nes dažniau degeneravę folikulai surandėja, negu išsituština pro epitelį laukan.

Be folikulų, vokų kremzlės junginėje būna ir šiaip palaida lymfocitinė — lymfoidinė infiltracija su plazminių celių priemaiša; vėliau, atsirandant fibroblastams, plazminių celių daugėja, o lymfocitų mažėja. Papilinėje hipertrofijoje plazminės celės vyrauja. Šiaip plazminės celės linkusios griūti, degeneruoti, virsti hyalinine mase.

Nereikia manyti, kad visoje konjunktivoje, tiek gilumon, tiek platumon, būna tas pats histologinis vaizdas: priešingai, čia vienoje vietoje vyrauja dar tik šviežia infiltracija, antroje jau aiškus randėjimas, trečioje

degeneracija. Trachoma nėra vien junginės liga; ji paliečia ir kremzlę, ypač vėlybose stadijose.

Trachomai dar būdinga naujų kraujagyslių - kapiliarų darymasis ir jų išsiplėtimas. Būdingiausia bet gi trachomai yra randėjimo procesas. Jis prasideda labai anksti. Dar šviežios infiltracijos metu (M a c C a l l a n'o I stadija) galima stebėti, ypač apie kraujagysles ir infiltracijos židinius, naujų fibroblastų darymasis. Juo didesnė infiltracija būna, juo smarkesniu randėjimu baigiasi, ypač kur infiltrato celės degeneruoja. Jei buvo gausi plazminių celių infiltracija ir jei tos celės del nepalankių mitimo sąlygų žuvo, pasidaro vadinamas konjunktivos amiloidas arba hyalinas, kurie stebimi tik trachominguose kraštuose neabejotinai trachoma sergantiems. Fibroblastams daugėjant, palengva mažėja lymfocitų, leukocitų, nutukusių celių, o plazminių celių dar vis galima gausiai rasti. Dalis infiltrato celių degeneruoja, žūva ir leukocitų bei fagocitų sudorojamos, kita dalis nunešama kraujo ir lymfos srovės.

Naujai privisusio jungiamojo audinio skaidulės eina keliomis kryptimis: lygiagrečiai junginės paviršiui, statmenai arba sūkurio pavidalo kryptimi — įstrižai. Joms traukiantis, atsiranda junginėje raukšlių, kas palengvina epitelio pasinėrimą į infiltruotus jos sluoksnius, nes jungiamojo audinio skaidulių traukimasis gali pasireikšti dar didelės infiltracijos metu. Tuo būdu pasidaro epitelinės cistos. Trachomai būdingiausia yra tai, kad purus junginės audinys virsta storu randiniu audiniu dėka hiperplastiniam jungiamojo audinio privisimui.

Prieškremzliniame sluoksnyje, standesniame už poepitelinį sluoksnį ir turinčiame gausiau stambesnių kraujagyslių, infiltracija būna mažesnė; šiaip pakitimai būna tolygūs poepitelinio sluoksnio pakitimams.

Daugumoje senos trachomos atsitikimų pakitimai paliečia ir vokų kremzlę ir ryškiausiai pasireiškia Meibom'o ir Krause's liaukose. Čia būna atskirų liaukų cistinė (retencinė) arba suspaudimo degeneracija (privisusiu jungiamuoju audiniu). Taip pat išvisusių liaukų vietoje būna ir infiltracija (lymfocitų, plazminių celių, retesnių leukocitų ir grūdėtų narvelių) ir jungiamojo audinio — fibroplastų visimas. Kartais pasitaiko visos arba kremzlės dalies riebalinė arba hyalininė degeneracija, arba privisus plazminių celių padidėja tarsus, o toms celėms degeneravus, pasidaro hyalininė masė kremzlės vietoje.

Kremzlės pakitimai drauge su poepitelinio sluoksnio randėjimu iškreivina kremzlę, ją įvairiai sulankstydami.

B. - H i r s c h f e l d skiria konjunktivinę arba paviršinę trachomą nuo kremzlinės arba giliosios trachomos, atsižvelgdamas į kremzlės ir prieškremzlinio sluoksnio pakitimus. Paviršutinė trachomos forma yra lengvai prieinama ir sėkmingai gydoma. Mechaninė terapija (ekspresija, išgrandymas, trynimas) turi būti derinama su medikamentine (argentum'o preparatai, cuprum, alumen). Jei su gydymu delsiama, tai ligonis rizikuoja gauti giliąją trachomos formą su epitelio cistomis ir kremzlės pakitimais, kur nei medikamentinė nei mechaninė terapija negali sėkmingai veikti ir kuri yra linkusi duoti nuolatinius recidyvus iš giliau užsilikusių infiltratų. Tad giliajai trachomai gydyti B. - H. pataria išpjauti kremzlę su jos jungine. Šita priemonė Rytprūsiuose yra jau nuo seniai vartojama ir duoda gerų rezultatų. Ar kitose šalyse šita priemonė veiktų sėkmingai, B. - H. laikosi atsargios nuomonės, nes jis mano, kad trachoma įvairiose šalyse ir įvairioms tautoms turi ne vienodai sunkią eigą.

Dar teko su prof. B i r c h - H i r s c h f e l d'u pakalbėti ir kitais trachomos klausimais. Be to, jis pademonstravo savo sukonstruotus aparatus, apdovanojo įvairiais savo rašiniais.

Baigęs darbą pas prof. B-H., buvau nuvykęs į Karaliaučiaus Akių kliniką, kur nustebęs patyriau iš klinikos vyr. asist. S c h m i d t 'o, kad violetinių spindulių ragenos opoms gydyti klinikoje nebevartoja, kaip nepadedančių; o prieš 2 metus iš to paties M. S c h m i d t'o esu girdėjęs visai

priešingą dalyką. O prof. P.-H., įvedęs Akių klinikoje violetinių spindulių vartojimą, ir dabar dar yra labai geros nuomonės apie tų spindulių veikimą.

Klinikoje būdamas dar susipažinau su ten vartojamais (kataraktos, glaukomos, ablatio retinae) operavimo būdais ir trachomos gydymu.

Baigdamas turiu pareikšti, kad prof. Birch - Hirschfeld mane priėmė labai gerai. Nors jis ir labai buvo užimtas, bet man pašventė nemaža laiko ir plačiai supažindino su savo pažiūromis į trachomos sukeliamų pakitimų aiškinimą ir su savo gausiais histologiniais trachomos preparatais, už ką jam esu labai dėkingas.

Dr. J. Žemgulys.

Gydytojų Tarybos reikalu.

Kaip žinoma, praeitą žiemą Seimas atmetė Gydytojų Rūmų projektą. Atrodo, kad čia įvyko nesusipratimas, kurio šaltiniai galėjo būti šie:

1) Pavadinimas „Gydytojų Rūmai" neatitinka turinio. Pas mus priimta žodžiu „rūmai" nusakyti tai, kas kitose kalbose vadinama „ Kammer", „chambre", „izba", „palata". Kaip matome, vertimas nėra tikslus. Teisingiau būtų versti žodžiais „kambarys", „trioba", o ne „rūmai". Gal žodis „rūmai" labai tinka didelėms įstaigoms, kurios užima daug kambarių, pav., Žemės Ūkio Rūmai, Darbo Rūmai ir kt., bet versti „Aerztekammer" arba „izba lekarska" žodžiu „rūmai" nieku būdu negalima, nes ta visa įstaiga lengvai telpa viename kambaryje, kurs, be to, dar ne visada bus užimtas. Tad kas čia per „rūmai"?! Čia geriau tiktų žodiškas vertimas iš kitų kalbų — „kambarys". Bet geriausiai čia tiktų žodis „taryba", kaip, pav., „advokatų taryba", „stačiatikių eparchijos taryba", nes gydytojų rūmų" funkcijos yra artimos minėtųjų tarybų funkcijoms. Galima dar būtų versti žodžiais „gydytojų teismas", kaip „sentikių dvasiškasis teismas", nes tos gydytojų įstaigos viena iš svarbiausiųjų darbo sričių bus gydytojų moralės ir etikos klausimai. Toliau kalbamąją įstaigą vadinsiu ne „gydytojų rūmais", bet „gydytojų taryba".

2) Kai kas Gydytojų Tarybą priešpastato Sveikatos Rūmams. Tai yra, pasakyčiau, rato priešpastatymas vežimui, nes Gydytojų Taryba ir Sveikatos Rūmai yra visai skirtingi dalykai, kurių negalima painioti. Sveikatos Rūmai rūpinasi visų luomų ir profesijų sveikata, o Gydytojų Taryba — tik gydytojų profesijos reikalais, daugiausia etika, atstovavimu. Sveikatos Rūmų projekte, kurs buvo savo laiku pagamintas, yra pažymėta, kad į Sveikatos Rūmus, be daugelio kitų įstaigų ir organizacijų atstovų, įeina ir Gydytojų Tarybos atstovas. Taigi, pasakymas „pirma įsteikime Sveikatos Rūmus, o tada tik Gydytojų Tarybą", yra be prasmės, nes tada iki Sveikatos Rūmų įsteigimo negalima būtų steigti nei Raudonojo Kryžiaus, nei savivaldybių, kurių atstovai taip pat numatomi Sveikatos Rūmuose. Taigi, Sveikatos Rūmai ir Gydytojų Taryba nėra konkurentai, bet vieni kitus papildo, vieni kitiems yra reikalingi.

3) Gydytojų Taryba nėra jokia našta valstybės iždui. Visas Gydytojų Tarybos išlaidas padengia patys gydytojai. Tuo būdu biudžetinių sumetimų prieš Gydytojų Tarybos steigimą nėra. Kas kita Sveikatos Rūmai; tai yra nepigi įstaiga ir be paramos iš valstybės iždo negali verstis.

4) Įtarimas, kodėl gydytojai nori susiorganizuoti, nieko blogo savyje neslepia: jei susiorganizavo visų tikybų dvasininkai, jei yra susiorganizavę advokatai, tai kodėl gydytojai negalėtų būti trečia iš eilės besiorganizuojanti profesija? Juk savo skaičiumi, amžiumi ir svoriu ji yra to verta. Gydytojų Tarybos (įvairiais pavadinimais) yra buvusios visuose kraštuose, buvo ir Klaipėdos krašte, kur ir man teko būti jos valdybos nariu. Jei ten jos pripažintos naudingomis, tai kodėl jos turėtų kenkti čia?

5) Kaip rodo gyvenimas, gydytojų atstovavimas yra reikalingas. Ligonių kasų taryboje, Medicinos Taryboje prie Sveikatos Departamento,

darbo pajamų mokesčio vyriausioje komisijoje gydytojams atstovauja įvairių draugijų atstovai. Toks atstovavimo nevienodumas nėra geras. Geriausia, kad gydytojams visur atstovautų teisėta visų gydytojų rinkta atstovybė — Gydytojų Taryba arba jos įgaliotas asmuo. Susidaro visai nesmagi padėtis, kai kreipiasi į mus kitų kraštų Gydytojų Tarybos ir kviečia dalyvauti kuriame bendrame darbe ar parengime. Atsisakyti dalyvauti — nepatogu, bet del to dažnai tenka dalyvauti atsitiktiniams asmenims, kurie mūsų reprezentacijai ne visada tetinka.

6) Gydytojų dabartinės organizavimosi formos (vietinės gydytojų draugijos ir tų draugijų sąjunga) nebėra pakankamos, nes jos nėra privalomos: yra daug gydytojų, kurie prie jokių draugijų neprisirašo ir, antra vertus, draugijų valdybos bijo daryti bet kurį spaudimą savo nariams, kad nariai nuo jų nepabėgtų. O šiais laikais, kaip žinoma, be trupučiuko prievartos, nieko gero pasiekti negalima. Gi taisytinų reikalų gydytojų srityje yra daug. Šis tas kartais patenka ir į viešąją spaudą, o dar daugiau nusižengimų pasilieka be reakcijos, nes atsitinka tarp pačių gydytojų, o gydytojas gydytoją negi trauks į teismą arba laikraštyje ant jo rašys. Tuo būdu dalykai gydytojų tarpe (pav., profesinė etika) kaskart vis blogėja, ir jų be trupučiuko prievartos niekaip nepataisysi.

Dabarties gydytojų organizacijos negali mūsų atstovauti nė tarptautiniuose pasirodymuose, nes neturi lėšų. Jos priverstos prašyti atstovauti tuos gydytojus, kurie tą gali padaryti savo lėšomis.

Kitų motyvų prieš Gydytojų Tarybos steigimą neteko nei skaityti, nei girdėti. Vadinamąjį „motyvą", kad reikia dar palaukti, galvoti, neskubėti, apskritai, motyvo prieš dinamizmą negalima laikyti motyvu: gana jau mes su savo adinamizmu esame atsilikę nuo kitų.

Del to, pasirėmęs išdėstytomis mintimis, manau, kad su Gydytojų Tarybos įstatymo projekto atmetimu Seime išėjo nesusipratimas, ir tas klausimas reikėtų kelti iš naujo.

Įstatymai ir taisyklės.

I.

DIAGNOSTIKOS LABORATORIJOMS TAISYKLĖS.

(„V. Ž." 1939 m. IX. 28 d., 666 nr., eil. nr. 4897.)

Pasirėmęs Ligoninių įstatymo 30 str. (V. Ž. Nr. 498, eil. 3464), skelbiu šias Diagnostikos laboratorijoms taisykles:

1. Diagnostikos laboratorijose vykdomi medicinos ir bakteriologijos tyrimai.

2. Diagnostikos laboratorijos steigiamos, atidaromos, revizuojamos ir uždaromos pagal ligoninėms nustatytą tvarką ir pagrindus.

Šių taisyklių nustatai neliečia atskirais įstatymais ar taisyklėmis tvarkomų laboratorijų, o taip pat gydymo bei profilaktikos įstaigų laboratorijų, jei jose nedaromos tai įstaigai nepriklausančios analizės.

3. Diagnostikos laboratorija savo patalpų didumu, jų suskirstymu, oro grynumu bei šiltumu ir apšvietimu turi atitikti sveikatos apsaugos ir laboratorijų uždaviniams atlikti būtinus reikalavimus. Laboratorijos turi būti aprūpintos atitinkamais įrengimais ir priemonėmis.

4. Laboratorijos vedėju, kuris atsako už laboratorijos tvarkingą veiklą, taip pat laboratorijos vedėjo padėjėju, be medicinos gydytojo ir chemiko-vaistininko, gali būti veterinarijos gydytojas, ar baigęs aukštąjį mokslą chemikas ar biologas.

Vedėjas turi turėti mažiausia dvejų metų, o vedėjo padėjėjas vienerių metų laboratorinę praktiką atitinkamoje srityje.

5. Laboratorijos vedėjas, vedėjo padėjėjas ir kiti laboratorijos specialistai registruojami Sveikatos Departamente:

1) valstybės ir savivaldybės laboratorijose — savininko pareiškimu,
2) privačių įstaigų, organizacijų ir atskirų asmenų išlaikomose laboratorijose — savininko pranešimu per apskrities ar miesto gydytojus, kurių veikimo ribose laboratorija yra.

6. Laboratorijos vedėjas apie laboratorijos veiklą Sveikatos Departamento nustatyta forma turi jam teikti apyskaitas. Apyskaitos turi būti pateiktos per atitinkamą apskrities ar miesto gydytoją.

7. Laboratorijoje vedama analizių priėmimo ir atlikimo knyga, kurioje turi būti šios žinios: analizės eilės Nr., analizuojamo objekto paimamoji ar gaunamoji diena, medžiagos analizei pateikusio vardas, pavardė ir adresas, analizės atliekamoji diena, analizės rezultatai, analizės atlikėjo parašas.

Apie atliktą analizę laboratorija analizės pateikėjui turi išduoti raštu analizės rezultatų davinius, atitinkančius laboratorijos knygose padarytus įrašus.

8. Laboratorijoje vedama analizių knyga turi būti sunumeruota, sušniūruota ir patvirtinta to apskrities ar miesto gydytojo, kurio veikimo ribose laboratorija yra.

Laboratorijos analizių knyga saugoma iki laboratorijos veikimo pabaigos.

9. Laboratorijoje daromų analizių atlyginimo normos turi būti iškabintos laboratorijos patalpose matomoje vietoje ir apie jas turi būti pranešta atitinkamam apskrities ar miesto gydytojui.

10. Apie laboratorijos uždarymą savininkas raštu turi pranešti Sveikatos Departamentui:

a) apie valstybės ir savivaldybės laboratoriją betarpiškai,
b) apie atskirų įstaigų, organizacijų ir privačių asmenų užlaikomas laboratorijos — per atitinkamą apskrities ar miesto gydytoją.

11. Iki šių taisyklių paskelbimo veikusios laboratorijos turi:
pertvarkyti savo veiklą pagal šių taisyklių reikalavimus,
ir pateikti Sveikatos Departamentui šių taisyklių 10 str. numatyta tvarka savo statutus.

Statute turi būti nurodyta: laboratorijos steigėjas ir savininkas, laboratorijos vieta, pavadinimas, tikslas ir analizių rūšys.

Veikiančių diagnostikos laboratorijų vedėjai laikomi atitinkančiais 4 str. reikalavimus.

Šios taisyklės veikia nuo paskelbtosios dienos.

B. Giedraitis
Už vidaus Reikalų Ministrą.

II.

VIDAUS REIKALŲ MINISTRO ĮSAKYMAS.

(„V. Ž.“ 1939 m. X. 7 d. 668 nr., eil. 4915).

Pasirėmęs Ligoninių Įstatymo 3 str. 4 p. (V. Ž. Nr. 498, eil. 3464), nustatau, kad viešosiomis gydymo įstaigomis laikomos šios bendrovių, draugijų ir atskirų asmenų ligoninės bei sanatorijos:

1. Lietuvos Raudonojo Kryžiaus Kauno ligoninė,
2. Lietuvos Raudonojo Kryžiaus sanatorija A. Panemunėje,
3. Draugijos kovai su tuberkulioze sanatorija A. Panemunėje,
4. Draugijos kovai su tuberkulioze sanatorija Romainiuose,
5. Draugijos kovai su tuberkulioze Alytuje,
6. Kauno žydų ligoninė,
7. Panevėžio žydų ligoninė,
8. Ukmergės žydų ligoninė,
9. Telšių žydų ligoninė,

10. Raseinių žydų ligoninė,
11. Šv. Luko ligoninė Kaune,
12. Prof. Tumėnienės vaikų sanatorija A. Panemunėje,
13. Eugenijos Miniatienės tuberkuliozinis izoliatorius Sergėnuose.

K. Skučas,
Vidaus Reikalų Ministras

Bibliografija.

„MEDICINOS" ŽURNALO REDAKCIJA YRA GAVUSI ŠIUOS MEDICINIŠKUS ŽURNALUS, LEIDINIUS IR SPAUDINIUS:

1. **Eesti Arst.** Tartu. 1939 m. 8, 9 ir 10 nr. nr.
2. **Latvijas Arstu žurnals.** Ryga. 1939 m. 5—6 nr.
3. **Veterinarija ir Zootechnika.** Kaunas. 1939 m. 6 ir 7 nr. nr.
4. **Farmacijos Žinios.** Kaunas. 1939 m. 7 nr.
5. **Sveikata ir Darbas.** Kaunas. 1939 m. 7 ir 8 nr. nr.
6. **Gesundheit u. Wohlfart.** Ciurichas. 1939 m. 6 nr.
7. **Tautas Labklājības Ministrijas mėnešraksts.** Ryga. 1939 m. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ir 8 nr. nr.
8. **Vračebnoje Dielo.** Charkovas. 1939 m. 5 ir 6 nr. nr.
9. **L'Europe Médicale.** Paryžius. 1939 m. 3 nr.
10. **Therapeutische Berichte.** 1939 m. 6—7 nr.
11. **Riedel Archiv.** Berlynas. 1939 m. 4 nr.
12. **Das Hormon.** 1939 m. 9 nr.
13. **Revue „Ose".** Paryžius. 1939 m. 6 nr.
14. **Nowiny Lekarskie.** Poznanius. 1939 m. 13, 14, 15 ir 16 nr. nr.
15. **Medycyna.** Varšuva. 1939 m. 12, 13—14, 15 ir 16 nr. nr.
16. **Münch. med. Wochenschrift.** Miunchenas. 1939 m. 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 ir 35 nr. nr.
17. **Die Aerztliche Praxis.** Viena. 6, 7, 8, 9 ir 10 nr. nr.
18. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine.** Sendai (Japan). 36 t. 1 ir 2—3 sąs.
19. **Bulletin International des Services de Santé des armées des terre, de mer et de l'air.** Liège (Belgique). 1939 m. 6, 7 ir 8 nr. nr.
20. **Archives Belges du Service de Santé de l'Armée.** Liège-Bruxelles. 1939 m. 6, 7 ir 8 nr. nr.
21. **Motina ir vaikas.** Kaunas. 1939 m. 7, 8 nr. nr.
22. **Sargyba.** Kaunas. 1939 m. 14—15 ir 16—17 nr. nr.
23. **Folia Neuropathologica Estoniana.** Tartu. 1939 m. XVII t. 2 sąs.
24. **Gaceta Médica de México.** Meksika. 1938 m. 5 ir 6 nr. nr. ir 1939 m. 1 nr.
25. **Medical Times.** Brooklyn (N. Y.). 67 t. 4 nr.
26. **Archiv biologičeskich nauk.** Maskva. 1939 m. LIII t. 1 ir 2—3 sąs. LIV t. 1 sąs.
27. **Société des Nations:** Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles. **Rapport au Conseil...** Genève. 1939 m. VI. 12 d.
28. **Société des Nations:** Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles. **Rapport au Conseil...** Genève. 1939 m. VI. 30 d.
29. **Société des Nations:** Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles. **Résumé des transactions illicites et des saisies...** Genève. 1939. VII. 1 d.
30. **Société des Nations:** Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles. **Rapports annuels des gouvernements**

sur le trafic de l'opium et autres drogues nuisibles pendant l'année 1937. Genève. 1939. VII. 22 d.
31. Gyd. B. Zacharinas: **Chirurginis darbas ir orientacija divizijos skaidinyje.** 1939 m. 142 psl. in 8°.
32. **Lietuvos Dantų Gydytojų Kongreso, buvusio 1938 m. VI. 22—24 d., darbai.** Kaunas. 1939 m. 235 psl. in 8°.

Kronika.

A. a. Kroll.

(Nekrologas)

Šių metų vasarą mirė Maskvoje vienas iš žymiausių neuropatologų akademikas M. Krol. Tai buvo didelis mokslininkas ne tik Sovietų, bet ir pasaulinio masto. Tarp jo gausingų veikalų ypač pasižymi išgarsėjusi jo knyga „Neuropatologiški sindromai", išleista pirmiau vokiečių kalba, paskui ir rusų. Ji buvo išversta į daugelį kalbų ir jos pasirodymas 1929 m. sudarė tokią pat epochą, kaip pasirodžiusi savo laiku Filatov'o vaikų ligų semiotika ir diagnostika, arba Snegiriov'o „Motinos kraujoplūdžiai" (matočnyja krovotečenija). Savo labai turiningoje knygoje autorius parodo savo gilias žinias, didelę erudiciją ir nuosavą didelį patyrimą. Šito žymaus mokslininko mirtis sudaro didelį nuostolį neurologiškam pasauliui.

Ankstyva M. Kroll'io mirtis sukėlė manyje didelį liūdesį, kadangi jis buvo artimiausias mano jaunystės draugas. Pirmus dvejus studijavimo metus mes gyvenome su juo viename kambaryje Maskvoje ir vėliau per daugelį metų mes dažnai susitikdavome. Jis buvo labai gabus ir visiškai atsidavęs savo specialybei — neuropatologijai. Savo būdu jis buvo kilniausias žmogus, geros širdies, visada linkęs kitiems padėti.

Tebūna Tau, brangusis drauge, lengva Sovietų žemė!

Priv.-doc. L. Gutmanas.

A. a. d-ras Pr. Vaičiuška.

(Nekrologas).

Šių 1939 m. IX. 21 d. mirė ats. gen. ltn. gyd. Pranas Vaičiuška. Gimė 1876 m. Veliuonos valsčiuje ūkininko šeimoje. 1899 m. baigė Talino gimnaziją, o 1904 m. Maskvos univ-to medicinos fakultetą. Tučtuojau įstojo tarnauti rusų kariuomenėje. 1908 m. buvo paskirtas Persijos kazokų brigados sanitariniu instruktoriumi, o 1914 m. buvo paskirtas Užbaikalio kazokų brigados vyr. gydytoju. Pasaulinio karo metu tarnavo įvairiose rusų kariuomenės dalyse bei įstaigose. Rusų pilietinio karo metu darbavosi vienoje Maskvos ligoninėje. Grįžęs 1919 m. į Lietuvą, velionis buvo paskirtas Raseinių apskr. gydytoju ir Jurbarko ligoninės vedėju. Po to kelis mėnesius buvo karo sanitarijos viršininku. Vėliau tarnavo Seinų apskr. gydytoju ir Šakių apskr. gydytoju, ir pagaliau Kauno miesto gydytoju. Trumpą laiką buvo priv.-docentu V. D. Un-to Medicinos fakultete.

Išgyvenęs 63 metus, mirė del ilgai trukusio diabeto, pabaigoje susikomplikavusio tuberkulioze.

MEDICINOS AUKŠTASIS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą yra gavę šie asmenys:** Abramas Kleimanas, Giršas Livšinas, Bronislovas Minelga, Kazimieras Rimkus ir Juozas Vaitaitis.

× **Dantų gydytojo diplomą yra gavusi** Ksavera Džiugaitė.

× **Med. kandidato laipsnį** yra gavę šie med. studentai: Elena Červidaitė, Šlioma Fišeris, Julė-Anielė Krasnickaitė, Pranciškus

Mickevičius, Emilija Milukaitė, Ilja-Geršonas Rochelzonas ir Elena Vinkšnelytė.

× **Odontologijos kandidato laipsnį** yra gavę šie odontologijos studentai: Adelė Dambrauskaitė, Sorė Feinzilberytė, Antanina Goštautaitė, Olga Gurvičaitė, Elena-Ona Kalinauskaitė, Elena Kudukytė, Matlė Margolytė, Ona Paltarokaitė, Jadvyga Semaškaitė, Elena Strazdytė ir Zofija Zaborskaitė.

× **Į V. D. Univ-to Medicinos fakultetą** šiais metais nutarta priimti: į Medicinos skyrių — iki 120 stud., į Odontologijos skyrių — iki 40 stud. ir į Farmacijos skyrių — iki 40 studentų.

× **Kaip nepažangūs studentai Medicinos Fakulteto Tarybos nutarimu** išbraukti 24 studentai, būtent: iš Medicinos skyriaus — 10 stud., iš Odontologijos skyriaus — 4 stud. ir iš Farmacijos skyriaus — 10 studentų.

× **Medicinos Fakulteto asistentų reikalais:**

1) Anatomijos Instituto jaun. preparatorium išrinktas Vacl. Radvilavičius.

2) Akušer.-ginekologijos jaun. asist. gyd. J. Mikužis išrinktas dar 3 metams.

3) Patologijos Instituto vyr. asistentė gyd. J. Lašienė išrinkta dar 3 metams.

4) Vidaus ligų kl. jaun. asistentu išrinktas 3 metams gyd. Alfonsas Čeičys.

5) Odontologijos kat. jaun. asist. gyd. Vyt. Damijonaitis išrinktas dar 3 metams.

6) Nervų ir psich. ligų kl. jaun. asistentu 3 metams išrinktas gyd. N. Indrašius.

7) Farmakologijos Instituto laborantu 3 metams išrinktas Steponas Kairys.

8) Vidaus ligų klin. felčerio vieton paskirtas gyd. K. Ambrozaitis.

9) Higienos ir bakteriolog. kat. preparatorium išrinktas Vl. Varnas.

× **Doktoranto egzaminai.** Gyd. Alf. Čeičiui leista laikyti egzaminai med. daktaro laipsniui gauti.

× Prov. K. Grybauskas nutarta kviesti lektoriumi farmakologijos kursui skaityti.

× Jaun. asist. gyd. V. Bendoravičius kviečiamas neetatiniu lektorium nervų ir psichinių ligų įvadui skaityti.

× **Į ektsraordinarinius profesorius** Medicinos Fakulteto Tarybos nutarimu pakelti doc. V. Kuzma, doc. J. Zubkus ir priv.-doc. V. Kanauka.

× **Į docentus** Medicinos Fakulteto nutarimu pakeltas priv.-doc. med. d-ras J. Kairiūkštis.

× Doc. B. Šiaulis paskirtas Farmacijos Instituto vedėju.

× **V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas yra gavęs kvietimą** į VII tarptautinį reumato kongresą, kuris bus Niu-Jorke 1940 m. VI. 1—8 d.

× **Profesoriai pensininkai.** Del senyvo amžiaus iš V. D. Univ-to Medicinos fakulteto atleisti į pensiją šie ordin. profesoriai: vid. medicinos kat. K. Buinevičius, chirurgijos kat. Al. Hagentornas ir farmacijos-farmakognozijos kat. P. Raudonikis.

× **Priv.-doc. med. d-ro J. Meškausko įžanginė paskaita** bus skaitoma š. m. spalių mėn. 14 d. 12 val. V. D. Un-to Medicinos fakulteto auditorijoje šia tema: „Motoriniai virškinamojo trakto susirgimai".

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **Karo sanitarijos viršininko kreipimasis į Lietuvos visuomenę.** 1919—1921 m. įvairiose Lietuvos vietose buvo susikūrusios laikinos moterų organizacijos, turėjusios tikslą, esant reikalui, parūpinti žygiuo-

jantiems kariams šiltos kavos, arbatos, sriubos, pirštinių, baltinių ir t. t. Tų organizacijų veikla buvo nepaprastai naudinga ir šiandien dar ji minima su dideliu dėkingumu.

Ir dabar, begindami savo neutralitetą ir mūsų teritorijos neliečiamumą, turėtume būti pasiruošę visais atžvilgiais padėti mūsų kariuomenei. Kadangi mūsų artimesnieji ir tolimesnieji kaimynai yra susirūpinę, pirmiausia, savais reikalais, tai ir mums tenka taip pasiruošti, kad kiek galima ilgesnį laiką apsieitume tik savo ištekliais. Šituo atveju rūpesčio sukelia pirmiausia tvarsliavos didesnės atsargos sudarymas. Šituo reikalu ypatingai rūpinasi Birutininkių Draugijos Kariams Ligoniams Globoti Sekcija, kuri jau seniai yra pasižymėjusi savo darbais, rinkliavomis, samaritiečių kursų sudarymu, karių ligonių lankymu ir t. t. Tad į šitą organizaciją kaipo į tvirtą branduolį aš kreipiausi, prašydamas susitarti su kitomis Lietuvos moterų organizacijomis, kurios tautybės jos bebūtų, kad susidarytų draugijų kolektyvas tiek minėtai tvarsliavai rinkti, tiek ir kitiems tikslams, kurie gali atsirasti įvykių eigoje, kaip tai buvo minėtais 1919—1921 metais. Šitos naudingos organizacijos veikimui sustiprinti ir į tinkamą vagą jos veiklą pakreipti pasižadėjau visais atžvilgiais ją remti, o, be to, dar paskyriau jai patarėją Karo Ligoninės chirurgijos skyriaus konsultantą plk. Žemgulį.

Baigdamas šitą trumpą informaciją, kreipiuosi į visas užjaučiančias išvardintiems tikslams organizacijas ir plačiąją kaimų ir miestų visuomenę, prašydamas Birutininkių darbui pritarti ir joms pagal išgales padėti.

Karo Sanitarijos viršininkas
Brig. gen. gyd. Nagius.

× **Liet. Raudonojo Kryžiaus Draugijos skyrių atstovų suvažiavimas** buvo 1939 m. IX. d. V. Kauno ligoninės auditorijoje. Jame, be Vyr. L. Raud. Kryž. valdybos, dalyvavo 10-ies skyrių atstovai. Suvažiavimui vadovavo prof. d-ras Pr. Mažylis, sekretoriavo Ignas Šeinius.

L. Raud. Kryž. dr-jos pirimininkas dr. J. Alekna, pradėjęs suvažiavimą, padarė platų ir išsamų pranešimą apie L. Raud. Kryž. draugijos praėjusiais metais nuveiktus darbus. Nors praėjusiais metais išorinės sąlygos L. Raud. Kryž. dr-jos nekliudė, vis delto, atsižvelgus į nesaugią tarptautinę padėtį, reikėjo ruoštis sutikti visus eventualumus ir dėlto teko padaryti kai kurių stambesnių pakitimų anksčiau užsibrėžtuose sumanymuose, būtent, atsisakyta nuo L. Raud. Kryž. ligoninės Šiauliuose ligoninės statymo ir beveik nuo viso didelio penkerių metų veiklos plano. Nusistatyta L. Raud. Kryž. Dr-jos veikla kreipti taip, kad galima būtų atlikti tokiam metui skirtas uždavinys.

Praėjusių metų viduryje buvo pakeistos L. Raud. Kryž. Dr-jos vadovavimo ir valdymo formos. Vietoje valdytojo buvo išrinkta veikiančiame statute numatyta valdyba. Naujoji valdyba nusistatė L. Raud. Kryž. Dr-jos veiklą daugiau priartinti gyvenamojo meto reikalui ir artimos ateities galimiems netikėtumams. Taip pat nusistatyta L. Raud. Kryž. Dr-ja daugiau suvisuomeninti ir priartinti arčiau prie krašto ir jo gyventojų reikalų. Todėl numatyta pirmiausia visuose apskričių miestuose įsteigti L. Raud. Kryž. Dr-jos skyriai.

Pradėta organizuoti priešchemines ir priešlėktuvinės apsaugos kursai, skiriami pirmiausia tiesiog sveikatos srityje dirbantiem asmenims: gydytojams, felčeriams ir gailestingosioms seserims. Tuo klausimu skaityta viešų paskaitų, pradėta ruošti informacinio pobūdžio populiari litetūra su praktiškais patarimais, gail. seserų-samaritiečių kursai.

Buvo rūpintasi turimų sveikatos įstaigų praplėtimu ir jų įtaisymų tobulinimu. Daug dėmesio buvo kreipta į Birštono kurortą, kad ligoniai reumatikai jame galėtų rasti tinkamos pagelbos.

Stengtasi pagerinti L. Raud. Kryž. Draugijos finansinė padėtis, kad šita Draugija geriau galėtų atlikti savo plačius uždavinius.

Praėjusiais metais L. Raud. Kryž. Dr-ja turėjo Kaune ir Klaipėdoje

ligonines, Birštono kurortą, A. Panemunės sanatoriją, ortopedinę dirbtuvę Kaune, vaistinę Kaune, greitosios pagelbos centrą Kaune su punktais Šiauliuose ir Panevėžyje, moterų sveikatos punktus prie Kauno ir Klaipėdos ligoninių, gailest. seserų kursus Kaune ir Klaipėdoje, L. Jaunimo Raud. Kryžiaus organizaciją su daugiau kaip 5.000 narių ir jos laikraščiu „Žiburėliu".

Be anksčiau turėtų L. Raud. Kryž. Draugijos skyrių Kaune, Šiauliuose, Panevėžyje ir Klaipėdoje, praėjusiais metais įsteigti dar šie skyriai: Alytuje, Biržuose, Rokiškyje, Telšiuose, Ukmergėje, Utenoje ir Zarasuose. Šįmet L. Raud. Kryž. Draugija jau turi 13 skyrių.

Auklėjančiai vaikų literatūrai skatinti kasmet skiriama 1000 litų premija už geriausią tos srities lietuvišką veikalą.

Užsakytos 6 greitosios pagelbos sanitarinės mašinos provincijos skyriams.

Vyr. L. Raud. Kryž. Dr-jos buhalteris V a i t k ū n a s pranešė Liet. Raud. Kryž. Dr-jos praėjusių metų finansinę padėtį.

Svarbiausios L. Raud. Kr. Dr-jos pajamos buvo iš šių šaltinių:

Iš Valst. loterijos	380.000 lt.
„ kortų monopolio	124.000 „
„ gazuotų vandenų	23.000 „
„ A. Panemunės sanatorijos . . .	79.000 „
„ vaistinės	29.000 „

Revizijos komisijos vardu pranešimą padarė dir. V a n a g a s - S i m o n a i t i s.

Provincijos atstovų svarbiausi pageidavimai buvo šie: nupirkti daugiau greitosios pagelbos sanitarinių automobilių ir suintensyvinti gail. seserų-samaritiečių ruošimą.

L. Raud. Kryž. Dr-jos skyrių atstovų suvažiavimas patvirtino praėjusių metų suvestinį balansą 20.405.535 lt. sumoje, praėjusių metų sąmatą, kurioje žymiai daugiau lėšų skiriama priešcheminės ir priešlėktuvinės apsaugos reikalams.

Pirmasis L. Raud. Kryž. Draugijos pirmininkas, keliolika metų vaisingai vadovavęs šitai Draugijai ir dabar dar vis besirūpinąs L. Raud. Kryž. Dr-jos reikalais, dr. R. Š l i ū p a s, pasiūlius L. Raud. Kryž. pirmininkui d-rui J. A l e k n a i, išrinktas Dr-jos garbės nariu.

Revizijos komisija perrinkta ta pati, būtent: J. V a n a g a s-S i m o n a i t i s, J. G r a u ž i n i s ir d-ras J. M a r c i n k u s.

× **Tarptautiniai gydytojų tobulinamieji kursai Berlyne** 1939 m. rudenį neįvyks.

× **Trachomos institutas įsteigtas Tripolyje,** maršalo Balbo pastangomis („M. m. W." 1939 m. 36 nr.).

„MEDICINOS" ŽURNALO BALANSAS

1939 m. spalių mėn. 14 d. yra šis:

Pajamos	**11.167 lt. 25 c.**
Išlaidos	**16.830 lt. 39 c.**
Deficitas siekia	**5.663 lt. 14 c.**

Dr. J. Staugaitis
„Medicinos" Red.-Adm.

MEDICINOS GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Med. gydytojo praktikos teises** yra gavę šie med. gydytojai: Jonas A d o m a v i č i u s, Elena A l e k s a n d r a v i č i e n ė - S t e l m o k a i t ė, Aronas A b r a m s o n a s, Abelis B l e z b e r g a s, Izaokas C e i t e l i s, Ipolitas Č i b u r a s, Ita D u š a n s k a i t ė, Bencelis-Joselis F o g e l m a n a s, Povilas G o g e l i s, Izraelis G o t l e r a s, Antanas G u d o n i s, Tamara J a k u b e n e c a i t ė, Mejeris J e d a s, Andrius K a v a l i a u s k a s, Vladas K v i k l y s, Leizeris L a n d a u, Salomonas L i p-

šicas, Hiršas Maizelis, Oskaras Pauziškis, Bencijonas Pliackas, Peisachas Rabinavičius, Vincas Radvila, Vladimiras Rafas, Vladimiras Sergiejus, Aldona-Marija Sirvidienė-Gylytė, Jokūbas Šachnovičius, Jakovas Šeškinas, Arijas Šimkovičius, Notelis Šteinas-Prišmanas, Šmuelis-Mordchai Šuvalas, Feiga Švabaitė, Birutė Vosylienė-Balčiūnaitė.

× **Reikalingas gydytojas ar gydytoja** med. d-ro V. Slavėno privatinei ligoninei Marijampolėje chirurginei, ginekologinei ir akušerinei pagelbai teikti. Ligoninė su nuosavu namu gali būti išnuomota ar parduota. Kreiptis šiuo adresu: Marijampolė, Kęstučio g. 38. D-rui V. Slavėnui.

× **Kauno kalėjimo ligoninės vedėju** paskirtas dr. K. Gudaitis, anksčiau dirbęs Klaipėdos miesto ligoninėje.

× **Lietuvoje internuotų lenkų karių** tarpe yra daugiau kaip 60 med. gydytojų, apie 10 farmacininkų, apie 20 stud. medikų ir apie 7 gailest. seserys. Med gydytojų tarpe yra gyd. Keturakis, Vilniaus univ-to chirurginės klinikos asistentas, mokąs lietuviškai kalbėti.

Keletas internuotųjų med. gydytojų kreipęsi į Sveikatos departamentą, prašydami leisti verstis medicinišką ja praktika Lietuvoje.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Dantų gydytojo praktikos teises** yra gavę šie dantų gydytojai: Marija-Birutė Bataitienė-Vosyliūtė, Ida Brunienė-Sokolskytė, Eugenija Marčiulionytė, Apolonija Milašienė-Kairytė, Pranė Naujokaitienė-Pašukonytė, Jadvyga-Valerija Pakalniškytė, Julija Ratomskienė-Šimkevičiūtė, Tatjana Sokolovaitė, Sara Zasaitė ir Valė Žilinskytė.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1939 m. liepos mėn.:** typhus abdom. 70 (4), paratyphus 25, typhus exanth. 10 (1), morbilli 78 (1), scarlatina 62 (2), pertussis 153, diphtheria 106 (3), influenza 142, erysipelas 34, poliomyelitis et polioencephalitis ac. 4 (2), mening. cerebr. spin. epid. 7, tuberculosis 124 (7), venerinės ligos 403 (lues 91, gonorrhoea 311, ulcus molle 1), varicella 18, trachoma 134, parotitis epid. 3, febris puerperalis 3, septicopyaemia 2 (1), scabies 11.

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1939 m. rugpjūčio mėn.:** typhus abdom. 120 (7), paratyphus 32, typhus exanth. 1, morbilli 16, scarlatina 56, pertussis 273, diphtheria 99 (3), influenza 157, erysipelas 33, poliomyelitis et polioencephalitis ac. 2, encephalitis leth. epid. 2 (1), mening. cerebro-spin. epid. 3, tuberculosis 154 (4), venerinėmis ligomis 372 (lues 64, gonorrh. 308), caricella 10, trachoma 116, parot. epid. 3, febris puerp. 2, septicopyaemia 5, scabies 2.

× **Gydys alkoholikus.** Lietuvos Blaivinimo s-ga daro žygių, kad prie S. Kalvarijoje veikiančios Valstybinės psichiatrinės ligoninės būtų įsteigtas alkoholikams gydyti skyrius. Taip pat rūpinamasi, kad Vidaus reikalų ministerija išleistų atitinkamą įstatymą, pagal kurį alkoholikų gydymas galėtų būti pravestas prievartos keliu.

× **Naujas būdas prieš gripą.** Eksperimentinės medicinos institute Maskvoje prof. A. Smorodincev suradęs naują priešgripinį serumą. Maskvos bakteriologijos institute pagamintas antivirusas iš Pfeiffer'o bacilų kultūros ir mikrobų, randamų sergančiojo gripu nosiaryklėje. Šitas antivirusas įvedamas į nosį. Antivirusas pradėtas sėkmingai vartoti ir profilaktikos reikalams.

× **Naujoji Šiaulių ligoninė** jau pradėta statyti Parodos aikštėje. Šiuo metu atliekami žemės darbai. Ligoninės statyba užtruksianti dvejus metus.

MEDICINIŠKASIS SĄMOJIS.

× Tikras atvirumas.

Gydytojas, susitikęs su savo sena paciente, meiliai klausia ją:

— Na, mieloji, kaip tamsta gyvuoji?

Pacientė nusišypso ir atsako:

— Pone gydytojau, nepalaikykite man už bloga, bet aš jaučiuosi visiškai sveika.

× Jam dar yra laiko.

Arti šimtametis pensininkas profesorius, nusižiūrėjęs jauną studentę, progai pasitaikius, pasiperša jai. Studentė, tokio staigaus pasiūlymo užklupta, atsikalba:

— Pone profesoriau, juk aš... per jauna.

— Na, jei tik šitokia kliūtis, tai aš dar porą metų galėsiu palaukti.

× Blogiausia dar pryšakyje.

Pirmas gydytojas (prie turtingo viengungio lovos): — Jo tvinksnis vėl plaka normaliai. Mes jį išgelbėjome.

Antras gydytojas: — Taip! Blogiausia jau praėjo.

Pirmas gydytojas: — O, ne! Blogiausia dar mums tebėra pryšakyje.

Antras gydytojas: — Kaip tai?

Pirmas gydytojas: — Juk mes apie tai turime pranešti jo giminėms.

× Dėl vieno nesveiko ir sveikų nustojo.

Dantų gydytojo kabinete:

— Ką tamsta darai? Juk jau trečią sveiką dantį man trauki!

— Niekis, niekis, tamstyte, prieisime ir prie sergančio.

× Greita operacija.

Susirgus vienam anglų artistui, gydytojas jam prirašė juodų vaistų gerti. Vieną kartą tarnas apsiriko ir vietoje vaistų jam padavė rašalo. Vėliau, pastebėjęs savo apsirikimą, jisai atbėgo pas artistą, šaukdamas.

— Pone, atleiskite! Vietoje vaistų aš tamstai padaviau rašalo!

— Nesvarbu, — ramiai atsakė artistas, — išgėręs aš pajutau, kad tai rašalas ir tuojau nurijau sugeriamojo popierio gabalą...

× Nepasisekė.

Vienas garsus gydytojas imdavo 50 litų už pirmą vizitą ir po 3 litus už kitus vizitus. Vienas ligonis, kuris norėjo už vizitą mokėti tik 3 litus, nuėjęs pirmą kartą į gydytojo kabinetą, sako:

— Ponas daktare, štai aš vėl pas jus!

— Labai malonu. Nusirenkite.

Daktaras ilgai ligonį tyrinėjo. Pagaliau sako:

— Man atrodo, kad tamsta labai gerai jautiesi. Vartok vaistus pagal nurodymus, kuriuos aš tamstai pirmą kartą esu pataręs.

× Moljeras ir gydytojas.

Garsusis Moljeras mėgdavo pajuokti gydytojus.

Vieną kartą jis sutiko pažįstamą gydytoją, kuris pradėjo pasakoti:

— Džiaugiuosi tamstą sutikęs. Palydėk tamsta mane, tai aš tamstai papasakosiu nepaprastą atsitikimą, kurį pirmą kartą esu patyręs savo gyvenime.

— Turbūt tamsta ligonį išgydei! — perkirto jį Moljeras.

× Tai ką aš beveiksiu?..

— Visus galvos darbus tamsta turi pamesti, — pataria gydytojas pacientui.

— Esu kirpėjas, tai ką gi aš tada beveiksiu, pone daktare?

NATRIUM CITRICUM

Ger-Ma-Po

Sudėtis: *Narium citricum sterilus 3,8% skiedinys.*

Indikacijos: Imant kraują nustatyti jame urea'i, cukrui, Westergreen'o reakcijai, kraujo transfuzijai, kad nekrešėtų.

Vartojimas: Švirkštas praplaunamas natr. citricum skiediniu.

Westergreen'o reakcijai imama: 0,5 ccm natrium citricum ir 2 ccm kraujo. Urea'i ir cukrui nustatyti imama: 0,5 ccm natrium citricum ir 2 ccm kraujo. Kraujo transfuzijai 100 : 10.

Įpakavimas: Dėžutėse 10 ampulių po 1, 2, 5 ir 10 ccm.

Pastaba: Natr. citricum supilstytas į ampules, bet ne į buteliukus, nes buteliukus atidarinėjant gali pranykti sterilškumas; be to, skiedinys, gavęs oro, gali duoti nuosėdų.

Akc. B-vės „Varpas“ spaustuvė. Kaunas, Gedimino 38.